

**Travail de fin d'études[BR]- Travail de fin d'études: "Etude de cas multiples : «
L'utilisation du Good Live Model comme modèle de réhabilitation dans le cadre
de l'accompagnement psycho-social auprès de familles où ont eu lieu un ou
plusieurs passages à l'acte délictuels de nature sexuelles dans la fratrie.
»"[BR]- Séminaire d'accompagnement à l'écriture**

Auteur : Stas, Marthe

Promoteur(s) : Mathys, Cécile

Faculté : Faculté de Droit, de Science Politique et de Criminologie

Diplôme : Master en criminologie à finalité spécialisée en criminologie interpersonnelle

Année académique : 2022-2023

URI/URL : <http://hdl.handle.net/2268.2/18484>

Avertissement à l'attention des usagers :

Tous les documents placés en accès ouvert sur le site le site MatheO sont protégés par le droit d'auteur. Conformément aux principes énoncés par la "Budapest Open Access Initiative"(BOAI, 2002), l'utilisateur du site peut lire, télécharger, copier, transmettre, imprimer, chercher ou faire un lien vers le texte intégral de ces documents, les disséquer pour les indexer, s'en servir de données pour un logiciel, ou s'en servir à toute autre fin légale (ou prévue par la réglementation relative au droit d'auteur). Toute utilisation du document à des fins commerciales est strictement interdite.

Par ailleurs, l'utilisateur s'engage à respecter les droits moraux de l'auteur, principalement le droit à l'intégrité de l'oeuvre et le droit de paternité et ce dans toute utilisation que l'utilisateur entreprend. Ainsi, à titre d'exemple, lorsqu'il reproduira un document par extrait ou dans son intégralité, l'utilisateur citera de manière complète les sources telles que mentionnées ci-dessus. Toute utilisation non explicitement autorisée ci-avant (telle que par exemple, la modification du document ou son résumé) nécessite l'autorisation préalable et expresse des auteurs ou de leurs ayants droit.



LIÈGE université
**Droit, Science Politique
& Criminologie**

Département de Criminologie

Etude de cas multiples : « *L'utilisation du Good Live Model comme modèle de réhabilitation dans le cadre de l'accompagnement psychosocial auprès de familles où ont eu lieu un ou plusieurs passages à l'acte délictuels de nature sexuelles dans la fratrie.* »

Travail de fin d'études présenté en vue de l'obtention du grade de Master en criminologie (à finalité spécialisée en criminologie interpersonnelle)

Recherche menée sous la direction de Madame MATHYS Cécile, Promotrice

Marthe STAS

Année académique 2022 – 2023

Remerciements

Je souhaite tout d'abord remercier ma promotrice, Madame Mathys pour son accompagnement et pour sa précieuse contribution à la réalisation de mon travail de fin d'étude.

Ensuite, je souhaite également remercier le service Antigone pour m'avoir donné l'opportunité de rencontrer des familles qu'ils ont suivies et pour les échanges que l'on a partagés dans mon cadre professionnel. Ceux-ci ont été éclairants sur la matière du Good Lives Model.

Je remercie les personnes qui ont participé aux entretiens liés à ma collecte de données et qui se sont prêtées à l'exercice pour éclairer de leur vécu mon propos théorique.

Merci aux personnes qui ont contribué à la relecture et à la reformulation de mon travail de fin d'étude. Merci au Dr Lerminiaux, pédopsychiatre, ancien collègue pendant 10 ans aux équipes mobiles de pédopsychiatrie à domicile et à Isabelle ma belle-mère pour leurs corrections.

Et enfin, je suis reconnaissante envers mes proches, tout particulièrement mon compagnon et mes enfants, pour leur soutien inconditionnel dans l'aventure qu'à été ce Master en criminologie et pour m'avoir permis d'atteindre un de mes plus beaux objectifs de vie et d'apprentissage. Avoir osé tenter l'expérience universitaire est une réelle joie. Devenir criminologue est un aboutissement.

Résumé

L'objet de notre recherche réside dans l'examen des perceptions des individus concernés par une prise en charge psycho-sociale de type Good Lives Model, provenant de familles où des actes délictueux à caractère sexuel ont été commis au sein de la fratrie. Notre revue de la littérature intègre des éléments scientifiques concernant à la fois le phénomène de l'inceste fraternel, ainsi que la prise en charge psychosociale des jeunes délinquants sexuels, en mettant particulièrement l'accent sur l'approche de réhabilitation proposée par le modèle du GLM. Nous récolterons des données auprès des deux familles suivies par le service Antigone via des entretiens semi-directifs. Le guide d'entretien que nous avons utilisé pour recueillir les données sur le terrain a été conçu en se basant sur les indicateurs du GLM élaborés par Prescott, Willis et Ward, lesquels portent sur les savoir-être et les savoir-technique tout comme sur base des objectifs et des principes inhérents au GLM. Nous avons opté pour une approche d'analyse qualitative prenant la forme d'une étude de cas. Cette méthodologie vise à explorer et à décrire en détail les résultats de notre étude. Ces résultats sont rédigés sous forme de thématiques émanant des questions structurées présentes dans le guide d'entretien. Par la suite, les résultats sont discutés au regard des indicateurs du modèle GLM. L'objectif ici est de répondre à notre question de recherche qui porte sur la compatibilité de l'intervention du service Antigone avec une prise en charge psycho-sociale conforme à l'idée de « good life », tout en évaluant le niveau de satisfaction des individus concernés par cette intervention.

Mots-clés : Infraction à caractère sexuelle, délinquance sexuelle, inceste fraternel, prise en charge psychosociale, modèle de réhabilitation : Risk-Need-Responsivity (RNR) et Good Lives Model (GLM), indicateurs pour une bonne vie : savoir-être, savoir-technique

Abstract

The object of our research resides in the examination of the perceptions of the individuals concerned by a psychosocial support of the Good Lives Model type, coming from families where criminal acts of a sexual nature have been committed within the siblings. Our review of the literature integrates scientific elements concerning both the phenomenon of fraternal incest, as well as the psychosocial care of young sexual offenders, with particular emphasis on the rehabilitation approach proposed by the model of GLM. We will collect data from the two families followed by the Antigone service via semi-structured interviews. The interview guide that we used to collect the data in the field was designed based on the GLM indicators developed by Prescott, Willis and Ward, which relate to life skills and technical know-how as well as to basis of the objectives and principles inherent in the GLM. We opted for a qualitative analysis approach taking the form of a case study. This methodology aims to explore and describe in detail the results of our study. These results are written in the form of themes emanating from the structured questions present in the interview guide. Subsequently, the results are discussed with regard to the indicators of the GLM model. The objective here is to answer our research question which relates to the compatibility of the intervention of the Antigone service with a psycho-social care in accordance with the idea of "good life", while evaluating the level of satisfaction individuals affected by this intervention.

Keywords: Sexual offense, sexual delinquency, fraternal incest, psychosocial care, rehabilitation model: Risk-Need-Responsivity (RNR) and Good Lives Model (GLM), indicators for a good life: life skills, technical know-how

Table des matières

A. Introduction	7
B. Revue de littérature	8
1. L'infraction à caractère sexuel	8
1. Définition légale de l'infraction à caractère sexuelle	8
2. L'inceste fraternel	9
1. Du point de vue légal, qu'est-ce que l'inceste ?	9
2. Critères de différenciation entre jeu normal et inceste fraternel	9
3. Facteurs de risque et facteurs de protection	11
4. Contexte du développement psycho-sexuel	14
3. La prise en charge psycho-sociale	14
1. Définition de l'accompagnement psycho-sociale	14
2. Présentation de différents traitements psychothérapeutiques	15
3. Deux modèles de réhabilitation : Risk-Need-Responsivity (RNR) et Good Lives Model (GLM)	16
1. Définition du concept de réhabilitation	16
2. Le Risk-Need-Responsivity	17
1. Définition	17
2. Limites du RBR auxquelles vient pallier le GLM	17
3. Identité narrative et réhabilitation du délinquant sexuel	18
4. La psychologie positive comme berceau du Good Lives Model	19
4. Le Good Lives Model comme outil de prise en charge	20
1. Définition	20
2. Principes, objectifs, implications	21
3. Indicateurs du GLM de Prescott et Willis	24
5. Question de recherche	25
C. Méthodologie	25
1. Type de recherche	25
2. Processus d'échantillonnage	25
3. Méthode d'investigation	26
4. Méthode de collecte de données	26
5. Stratégie d'analyse	26
D. Résultats	27
1. Famille A	27
1. Contexte et cadre d'intervention	27
2. Conclusions de la famille A	28
1. Un cadre thérapeutique clair et sécurisant	28
2. Les qualités humaines relationnelles de l'intervenant et l'alliance thérapeutique	28
3. Les compétences professionnelles de l'intervenant	29
4. Les objectifs	30

5. Le plan d'action	31
6. Les obstacles et les ressources	32
7. Le changement	32
8. La clôture	32
2. Famille B	33
3. Contexte et cadre d'intervention	33
4. Conclusions de la famille B	33
1. Un cadre thérapeutique clair et sécurisant	33
2. Les qualités humaines relationnelles de l'intervenant et l'alliance thérapeutique	34
3. Les compétences professionnelles de l'intervenant	34
4. Les objectifs	35
5. Les obstacles et les ressources	35
6. Le changement	35
7. La clôture	36
E. Discussion	36
1. Analyse des résultats	36
A. Savoir-être	36
1. Les qualités de l'intervenant perçues par les personnes accompagnées	36
2. L'esprit sous-jacent de la prise en charge	37
3. Prioriser les compétences cliniques qui favorisent le changement	37
4. Rechercher activement et explicitement le feedback du jeune	38
B. Savoir « techniques »	38
1. Focus sur les objectifs « good life »	38
2. L'implication des objectifs « good life » dans l'infraction	38
3. Conceptualisation des facteurs de risque	39
4. Les obstacles à la réalisation d'un plan de vie positif	39
5. Les ressources utiles à la réalisation d'un plan de vie positif	39
2. Forces et limites de l'étude et Implications	41
1. Point fort de l'étude	41
2. Limites et implications	41
1. La non intégration du phénomène de l'inceste dans le guide d'entretien	41
2. Biais par rapport à la validité des résultats	41
3. Une considération relative au processus d'échantillonnage	41
4. Présence d'un biais de sélection	41
F. Conclusion	42
G. Bibliographie	43
H. Annexe	45
Annexes 1 : le guide d'entretien	45
Annexe 2 : Formulaire de consentement libre et éclairé	48

Annexe 3 : Tableau socio-démographique : Présentation des famille A et B	53
Annexe 4 : Unités de significations par interview à la base de mes thématiques et de mes résultat	55

A. Introduction

Le principal objectif de ce travail de fin d'étude est l'étude du Good Live Model en tant qu'outil d'intervention psycho-social. Nous analyserons, d'après le discours des interviewés, si la mise en oeuvre de l'intervention par le service Antigone est conforme à une prise en charge de type Good Lives Model et si les principes et les objectifs de ce modèle sont respectés.

Dans un premier temps, nous nous concentrerons sur le phénomène de l'inceste fraternel en développant le phénomène au travers d'éléments scientifiques et en examinant les facteurs de risque internes et externes (besoins criminogènes) tels que des éléments psychologiques, familiaux et environnementaux qui peuvent en être à l'origine. Nous mettrons également en évidence des facteurs de protection qui favorisent l'adoption de comportements prosociaux chez les adolescents, les éloignant ainsi des comportements sexuels anti-sociaux. Nous aborderons les deux types de facteurs étant donné qu'ils peuvent coexister et que ceux-ci sont complémentaires et nécessaires à la compréhension et à l'analyse d'une situation en cours de traitement avant de devenir des cibles d'intervention.

Dans un second temps, nous aborderons divers types de traitements psychothérapeutiques appliqués à la délinquance sexuelle juvénile intra-familiale. Les principes du Risk-Need-Responsivity (RBR) seront abordés en tant que précurseurs au Good Lives Model (GLM). Nous verrons que les modèles du RBR et du GLM ne sont pas nécessairement mutuellement exclusifs et qu'ils peuvent se compléter. Nous mettrons en évidence les limites du RBR et verront en quoi le GLM peut venir pallier en matière d'intervention. Comme Ward a pu le suggérer, le GLM a la capacité d'intégrer des composants de traitement qui peuvent ne pas être traités de manière adéquate par le modèle du RBR, tels que le développement de l'alliance thérapeutique, une capacité d'action accrue et la motivation à s'engager dans le processus de traitement et à l'abandon de toute récidive.

Dans un troisième temps, nous poursuivrons en donnant une définition de la psychologie positive dans laquelle prend naissance le Good Lives Model. Nous présenterons les principes, les objectifs et les implications du GLM, ainsi que les indicateurs de Prescott et Willis. Nous analyserons en quoi le GLM, en tant qu'outil d'accompagnement psycho-social pour les individus en conflit avec la loi, notamment pour les jeunes auteurs d'infractions à caractère sexuel, apporte une valeur ajoutée.

Enfin, pour confronter cette théorie à la réalité, nous réaliserons une étude de cas multiples. Des entretiens semi-structurés seront menés auprès de familles incestueuses où des actes sexuels délictuels au sein de la fratrie ont été identifiés. L'objectif de ces entretiens sera d'explorer la perception des membres de ces familles concernant la prise en charge thérapeutique reçue. Dans cette optique, nous identifierons le modèle de réhabilitation utilisé, en mettant particulièrement l'accent sur le GLM, qui a été mis en oeuvre par le service Antigone auprès des familles étudiées. Nous analyserons les propos des participants en tenant compte des indicateurs GLM identifiés dans la littérature.

B. Revue de littérature

1. L'infraction à caractère sexuel

1. Définition légale

Il est question d'infractions sexuelles lorsque les faits ont eu lieu contre le libre arbitre et donc sans consentement. Il convient toutefois toujours de tenir compte des circonstances de chaque affaire individuelle pour apprécier s'il y avait consentement ou non. Le droit pénal sexuel est structuré de manière logique : une distinction est établie entre les infractions de base et les infractions aggravées. Ces dernières sont les infractions de base commises avec une circonstance aggravante qui entraîne un degré de peines plus élevé. Voici les principales infractions de base ainsi que des circonstances aggravantes. Nous avons le viol, l'atteinte à l'intégrité sexuelle, le voyeurisme, l'outrage public aux bonnes moeurs, l'abus de la prostitution. Les infractions aggravées sont des infractions de base commises avec une circonstance aggravante qui entraîne un degré de peines plus élevé. Les circonstances aggravantes sont étendues et actualisées. Voici plusieurs exemples de circonstances aggravantes :

- la mort de la victime à la suite des faits ;
- la torture, la séquestration ou la violence grave à l'égard de la victime ;
- la menace exercée sur la victime à l'aide d'une arme ou d'un objet qui y ressemble ;
- la situation de vulnérabilité de la victime ;
- la victime était âgée de moins de 16 ans ou entre 16 et 18 ans ;
- il est question d'inceste.

La réforme du droit pénal sexuel ajoute certaines circonstances aggravantes ou les étend :

- nouvelle circonstance : l'administration de substances inhibitives où l'auteur administre secrètement ou sous la contrainte à la victime des stupéfiants ou toute autre substance inhibitive dans le but d'abuser sexuellement de celle-ci.
- circonstance étendue : il existe un mobile discriminatoire. L'auteur était motivé par la haine, le mépris ou l'hostilité sur la base d'une (prétendue) caractéristique déterminée de la victime. Il peut s'agir, par exemple, de la race ou de l'orientation sexuelle, mais la liste des motifs potentiels est actualisée et étendue.¹

L'infraction à caractère sexuel qui sera abordée dans le cadre de ce TFE est l'inceste fraternel.

2. L'inceste fraternel

Du point de vue des taux de prévalence, l'abus sexuel d'enfants par d'autres enfants ou adolescents peut représenter 40 à 90% des infractions sexuelles contre les enfants. Selon certains auteurs, l'abus sexuel entre frères et sœurs pourrait être jusqu'à cinq fois plus élevé que l'abus sexuel perpétré par des parents. Plus récemment, Shaw et al. (2001) ont constaté qu'environ la moitié d'un échantillon d'enfants (n = 51) avaient été victimes d'abus sexuel de la part d'un frère ou d'une sœur. Et selon Salazar et al. (2005), la faible prévalence des abus sexuels entre frères et sœurs dans les échantillons cliniques pourrait être attribué à la sous-déclaration des cas.²

¹ Service Public Fédéral Justice; Infractions à caractère sexuel en Belgique, 2022

² Carvalho Relva; Monteiro Fernandes; Alarcão : « Dyadic Types of Sibling Sexual Coercion »; 2017; P. 578

1. Du point de vue légal qu'est-ce que l'inceste ?

L'inceste est un contact sexuel entre des individus qui partagent la même parenté. Depuis la réforme du droit pénal sexuel, l'inceste est considéré comme une infraction distincte lorsqu'il s'agit de mineurs. L'inceste est une infraction aggravée. Pour l'infraction aggravée d'inceste, le degré de peines qu'un tribunal correctionnel peut infliger dépend de l'infraction de base. En cas d'atteinte à l'intégrité sexuelle entre des parents mineurs, par exemple, le degré de peines est de minimum un an et maximum quinze ans. En cas de viol entre des parents mineurs, il est de minimum trois ans et maximum vingt-huit ans. Lorsqu'il est question d'inceste entre des personnes majeures sans consentement, les faits sont également punissables comme un acte à caractère sexuel intrafamilial non consenti. En cas d'atteinte à l'intégrité sexuelle entre des parents majeurs, le degré de la peine est de minimum six mois et maximum dix ans. En cas de viol entre des parents majeurs, il est de minimum un an et maximum quinze ans.³ Selon le National Task Force on Juvenile Sexual Offending, il s'agit de tout acte sexuel entre frères et sœurs, initié par l'un envers l'autre, sans le consentement de la personne visée, que ce soit par l'utilisation de la force, de la coercition ou lorsque des différences de pouvoir existent entre les frères et sœurs.

2. Critères de différenciation entre jeu sexuel normal et inceste fraternel

- 1) la différence d'âge entre les parties;
- 2) les types de comportements sexuels, notamment s'il y a implication de pénétration;
- 3) la fréquence et la durée des comportements ainsi que leur inadéquation au niveau du développement de l'enfant;
- 4) la motivation derrière les comportements, distinguant la curiosité ou l'exploration de l'exploitation ou la gratification sexuelle d'un enfant ou adolescent au détriment de l'autre;
- 5) le caractère mutuel ou volontaire des comportements.

Certains chercheurs ont identifié qu'une différence d'âge de 2 à 5 ans est généralement considérée comme un critère nécessaire pour caractériser les comportements sexuels entre frères et sœurs comme constitutifs d'inceste. Selon Russell (1986), la moyenne de la différence d'âge se situe plutôt entre 5 et 7 ans. Cependant, d'autres études ont rapporté des scénarios où un nombre notable de cas impliquent des frères et sœurs d'à peu près le même âge, voire des situations où l'auteur est plus jeune que la victime. Russell en déduit que des « relations de dépendance intense et de pouvoir existent entre frères et sœurs (...) même une différence d'âge d'un an entre eux peut avoir des implications considérables en termes de pouvoir pour les deux parties. » L'étude de Burton a examiné l'âge du début de la délinquance et a constaté que les délinquants sexuels qui ont commencé à commettre des délits avant l'âge de 12 ans étaient plus à risque de continuer à commettre des délits sexuels que ceux qui ont commencé après 12 ans. Quant aux types de comportements sexuels impliqués dans les actes d'inceste entre frère et sœur, nous avons les attouchements, les contacts génitaux, les rapports sexuels vaginaux ou tentatives de rapports sexuels, le sexe oral, les relations anales. La durée des comportements sexuels est également un paramètre crucial. Les actes sexuels de courte durée, comparés à d'autres comportements sexuels plus prolongés, sont moins susceptibles d'être qualifiés d'inceste. Certaines ont pu mettre en évidence que cette durée pouvait aller de 2 mois à 9 ans.

³ Service Public Fédéral Justice; Infractions à caractère sexuel en Belgique, 2022

Un autre aspect non négligeable à considérer lorsqu'on aborde l'inceste dans la fratrie est la question du consentement des deux parties impliquées. Il est possible que des frères et sœurs s'accordent mutuellement sur des comportements sexuels partagés, tandis que dans d'autres situations, nous pourrions observer une relation caractérisée par la coercition, les menaces de violence, la corruption et l'intimidation, avec un déséquilibre de pouvoir où la force physique est utilisée pour obtenir satisfaction. On peut distinguer deux types d'incestes fraternels. Le premier implique un agresseur plus puissant qui contraint sa victime non consentante. Le second implique que les frères et sœurs commencent à avoir des comportements sexuels sur une base consensuelle, souvent dans le cadre de contextes familiaux dysfonctionnels caractérisés par de la négligence parentale. Dans ce cas, on se trouve davantage dans une situation où les comportements sexuels débuteraient dans le cadre d'une recherche d'affection et de soins ou comme un moyen pour les frères et sœurs de répondre à leurs besoins émotionnels et de faire face à un éventuel stress familial. Mais au fil du temps, un des deux peut ne plus souhaiter participer mais subissant des pressions de l'autre, il se sentirait obligé de poursuivre à avoir des rapports sexuels alors qu'il n'y consent plus.⁴

L'enchevêtrement se révèle être une caractéristique importante au sein des familles incestueuses, où les frontières au sein du système familial sont souvent floues. Ces familles présentent généralement un déficit de règles et de limites claires en ce qui concerne les questions d'intimité. Ce manque de clarté se manifeste de manière subtile et peut échapper à la perception de la famille elle-même. Les signes de cette situation englobent une intimité insuffisante, des commentaires à connotation sexuelle, l'exposition visuelle à des actes et à du matériel à caractère sexuel stimulant, ainsi que des contacts physiques inappropriés. L'inceste entre frère et sœur peut survenir dans des circonstances où l'implication parentale est déficiente, où les parents ne prennent pas forcément leurs responsabilités et n'assument pas leur rôle de garant des limites à fixer. Ce manquement peut créer un terreau propice à l'acting-out. Dans ce contexte, l'auteur, souvent l'aîné, peut se sentir affranchi d'agir impulsivement, sans crainte de représailles. L'absence de supervision peut pousser les frères et sœurs à se tourner l'un vers l'autre pour trouver du réconfort, de l'affection et à être guidé, ce qui peut fournir à l'aîné une opportunité d'initier des abus sexuels envers le cadet. Dans de telles situations, la victime peut hésiter à en parler à des parents qui se montrent émotionnellement distants. Par ailleurs, d'après la plupart des études, la divulgation de l'inceste fraternel est un événement qui reste rare. Les victimes auraient tendance à garder le silence vis-à-vis de leurs parents par peur d'être punies, blâmées ou de ne pas être prises au sérieux. La révélation d'un abus sexuel peut être traumatisant pour chacun des membres de la famille, entraînant une variété de réactions émotionnelles. Une situation de crise, ainsi que des sentiments et des pensées de tout ordre peuvent survenir lors de la divulgation. C'est pour cela que chaque membre de la famille doit être traité avec respect. Il se peut que les parents au départ n'y croient pas vu la gravité des faits. Mais une fois en capacité d'accepter la réalité, il se peut qu'ils prennent le parti de leur enfant victime afin de le protéger. Et avec le temps, il se peut aussi qu'ils leur arrivent de changer de position quant à l'agression sexuelle, ce qui peut les conduire à se montrer ambivalents, à chercher à dédramatiser les faits pour se montrer sympathique à l'égard de l'auteur de l'infraction qui reste leur enfant tout comme la victime.

Une réorganisation hiérarchique se révèle essentielle, car elle peut influencer le délinquant en modifiant son sentiment de pouvoir et de maîtrise. L'adolescent auteur peut avoir expérimenté à la fois un sentiment de

⁴ Bonnie E. Carlson Katherine Maciol Joanne Schneider; « Sibling Incest: Reports from Forty-One Survivors »; 2006; Journal of Child Sexual Abuse, Vol. 15; p.p. 21 - 23 / Bank et Kahn, 1982; Canavan et al. 1992; Wiehe, 1997; p.p. 19-24

puissance qui lui conférait une autorité apparente sur son frère ou sa sœur plus jeune, lui permettant ainsi de prendre des décisions "parentales" à leur égard, tout en continuant à se sentir démuni face à ses propres impulsions, en particulier s'il a été victime lui-même. L'inceste entre frères et sœurs survient fréquemment dans le cadre d'un système familial qui ne parvient pas à offrir un environnement sécurisé à ses membres.

L'intervention psycho-sociale doit englober tous les aspects du système familial, en prenant en compte les rôles de chaque membre de la famille. Il est nécessaire d'établir des frontières distinctes dans l'intérêt de tous les membres. Cela implique la création de limites claires et définies pour garantir un environnement sain et préservé ⁵

3. Les facteurs de risque - Facteurs de protection

En considérant les éléments présentés ci-avant, il est possible de déceler certains facteurs de risque intrinsèques et extrinsèques spécifiques à l'auteur qui pourraient être à l'origine de l'infraction sexuelle. Il est important de noter que la transgression sexuelle chez les adolescents est un sujet complexe et multifactoriel. Toutefois, il convient de garder à l'esprit que chaque individu est unique et que les causes peuvent varier d'une personne à l'autre. Les adolescents auteurs d'infractions à caractère sexuel intrafamilial semblent former un sous-groupe clinique particulièrement vulnérable, exposé à diverses perturbations. Ces adolescents manquent souvent de repères fiables et peuvent souffrir de désengagement social et scolaire. Les résultats d'une étude menée sur une période de 4 ans en Australie Occidentale montrent que les adolescents délinquants sexuels intrafamiliaux présentent un plus grand traumatisme développemental et un dysfonctionnement familial plus important que les délinquants sexuels adultes. De plus, ils exhibent des niveaux plus élevés de troubles de comportement associés à des troubles des conduites par rapport aux autres délinquants sexuels extrafamiliaux. Ces adolescents délinquants présentent souvent des problèmes tels qu'un trouble de stress post-traumatique, un trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH), un comportement antisocial, ainsi que des déficits dans leurs compétences sociales. La plupart des adolescents abuseurs présentent des carences psychosociales et affectives à différents niveaux et une inadaptation aux normes familiales, sociales et scolaires. Plus spécifiquement, Hunter et al. (2003) ont noté que les déficits psychosociaux étaient plus marqués chez les délinquants dont les victimes étaient plus jeunes. Ces déficits incluaient l'incompétence sociale, l'anxiété, la dépression et le pessimisme.⁶

Les facteurs de risque associés à la transgression sexuelle chez les adolescents incluent entre autre :

- l'historique d'abus ou de négligence : Les adolescents qui ont été victimes d'abus physiques, émotionnels ou sexuels dans leur enfance, souvent au sein de la famille, sont plus susceptibles d'adopter des comportements sexuels inappropriés.
- les pressions sociales et influence des pairs : La pression exercée par les pairs ou l'influence de groupes sociaux peut pousser les adolescents à adopter des normes sexuelles inappropriées.

⁵ DiGiorgio-Miller Janet; « Sibling Incest: Treatment of the Family and the Offender »; 1998 Child Welfare League of America; p.p. 340 - 344

⁶ Grant, Indermaur Jan, Thornton David, Jenny; Stevens, Chamarette Gillian, Halse Christabel, Andrea; « Intrafamilial adolescent sex offenders: psychological profile and treatment »; Trends & issues in crime and criminal justice; Australian Institute of Criminology; No. 375 June 2009; p.p. 2-4
Prendergast 2004 ; Shields 1995; Awad, Saunders et Levene 1984

- un défaut de compétences sociales : Un manque d'aptitudes sociales peut avoir un impact sur les relations interpersonnelles, ce qui peut contribuer à des comportements transgressifs. L'acquisition de compétences sociales est essentielle pour aider les adolescents à mieux se maîtriser et à améliorer leur capital social.
- la consommation de substances psychoactives : L'usage de drogues ou d'alcool peut altérer le jugement et conduire à des comportements sexuels risqués.
- le manque d'éducation sexuelle appropriée : L'absence d'une éducation sexuelle complète peut mener à des comportements inappropriés dus à une méconnaissance des limites et du consentement.
- la dynamique familiale et une communication déficiente : Les adolescents évoluant dans des environnements familiaux dysfonctionnels où il y a rejet parental, de la violence physique, des abus et des conflits conjugaux; ou avec une communication parentale inadéquate peuvent chercher à combler un vide affectif par des comportements sexuels transgressifs.
- la recherche d'identité sexuelle : L'adolescence est une période de découverte de l'identité sexuelle, et certains adolescents peuvent exprimer leur confusion ou quête d'identité à travers des comportements sexuels inappropriés.

L'abus sexuel ne peut pas être le résultat d'un seul facteur mais plutôt la conséquence d'interactions de nombreux facteurs.⁷

A présent, abordons les facteurs de protection qui pourraient contribuer à ne pas passer à l'acte ou favoriseraient la cessation de la délinquance sexuelle chez les individus ayant commis une infraction. Les récentes recherches empiriques sur ces facteurs de protection se basent habituellement sur les récidives. En restant centré exclusivement sur les facteurs de risque qui augmentent la probabilité du passage à l'acte et en ne prenant pas en considération les facteurs de protection, nous n'aurions accès qu'à une vision partielle du phénomène étudié. Les deux types de facteurs sont nécessaires car ils sont interdépendants et complémentaires, ils visent tous deux à réduire le risque de récidive.

Les facteurs de protection peuvent être perçus comme soit une entité propre : une propension à ne plus commettre d'infraction, soit comme opposés aux facteurs de risque de la délinquance sexuelle. Dans ce cas, ceux-ci se situeraient sur un continuum où l'on retrouverait à l'une des extrémités les facteurs de risque (comme les croyances ou les distorsions cognitives favorables à l'infraction) et à l'autre extrémité les facteurs de protection (comme les croyances favorables à des relations sexuelles respectueuses, harmonieuses et adaptées socialement). Les facteurs de protection englobent les facteurs sociaux, interpersonnels et environnementaux ainsi que les caractéristiques psychologiques et comportementales de l'individu.

Les facteurs de protection proposés sont classés selon:

- 1) Les pôles sains des domaines de protection : Ces facteurs se réfèrent aux aspects positifs liés à la protection contre les délits sexuels. Ils incluent une propension à préférer des relations sexuelles avec des partenaires consentants de même âge, accompagnée d'une pulsion sexuelle modérée.
- 2) Les facteurs de désistement pour les délits sexuels : Ils se rapportent aux éléments qui dissuadent les individus de commettre de tels délits, comme la prise de conscience des conséquences légales et sociales négatives, une capacité à gérer les pulsions sexuelles inappropriées et une empathie développée envers les victimes potentielles.

⁷ Tidefors I., Arvidsson H., Ingevaldson S, Larsson M., « *Sibling incest : a literature review and a clinical study* » ; *Journal of sexual aggression*; novembre 2010

3) Les facteurs de protection issus d'études empiriques sur les mesures des facteurs de protection : Ces facteurs sont identifiés par des études basées sur des données probantes. Ils peuvent inclure des programmes d'intervention ciblés, des mesures de soutien social, des thérapies comportementales et cognitives, ainsi que des approches médicales ou technologiques visant à prévenir les infractions à caractère sexuel.

Les facteurs de protection identifiés dans la littérature sont les suivants :

- les intérêts sexuels sains : Cela implique une préférence pour des relations sexuelles appropriées avec des individus consentants du même âge, tout en maintenant une pulsion sexuelle modérée. Les personnes bénéficiant de ce facteur de protection équilibrent leur désir d'épanouissement sexuel avec d'autres aspects de l'épanouissement personnel, et possèdent des croyances favorables aux relations consensuelles et adaptées à leur âge.
- la capacité d'intimité émotionnelle : Il s'agit de la capacité à développer et entretenir des relations émotionnellement proches et gratifiantes avec des pairs du même âge. Les individus dotés de ce facteur de protection manifestent la confiance envers les autres, préfèrent l'intimité émotionnelle avec des pairs du même âge, et sont capables de communiquer efficacement. La capacité à établir des relations durables et émotionnellement stables avec des partenaires de même âge en est une manifestation.
- le réseau de soutien social, scolaire et professionnel constructif : Cela se réfère à la capacité de développer des relations positives avec diverses personnes, à la fois dans le contexte social et professionnel. Ce facteur de protection est caractérisé par des attitudes respectueuses envers autrui, une relation avec des professionnels de soins et une attitude positive envers l'autorité.
- une vie orientée vers un objectif : Ce facteur concerne la capacité de fixer et de travailler vers des objectifs, en affichant des comportements actifs et une maîtrise de soi. Les individus avec ce facteur de protection ont un fort sens de l'initiative personnelle, un sentiment d'auto-efficacité et une bonne autodiscipline.
- la résolution efficace des problèmes : Cela renvoie à la capacité de gérer les défis quotidiens sans recourir à des méthodes antisociales ou d'évitement. Une adaptation fonctionnelle et des compétences en résolution de problèmes sont des traits de cette protection.
- l'engagement dans des activités constructives : Ce facteur implique une préférence pour des activités gratifiantes et constructives, associée à un sentiment intrinsèque d'accomplissement.
- la sobriété : Cela signifie éviter l'abus de substances telles que la drogue, l'alcool et les médicaments.
- une attitude positive envers le désistement : Il s'agit d'avoir des schémas cognitifs optimistes favorisant le changement comportemental et identitaire.

Ces facteurs de protection contribuent collectivement à la promotion d'un développement psychosocial sain et d'une adaptation positive. En les combinant, il est possible de mieux comprendre et de développer des approches préventives efficaces pour réduire le risque d'infractions sexuelles. Donc, en identifiant et en agissant sur les facteurs de risque et de protection présents dans une situation, l'intervenant favorise le développement de compétences qui pourront renforcer les forces de l'individu dans les domaines explorés lors de la prise en charge psycho-sociale où il existe des déficits psychologiques, comportementaux et

environnementaux afin qu'il puisse poursuivre sa vie en adoptant des comportements socialement acceptable et non répréhensibles.⁸

4. Contexte de développement psycho-sexuel

Pour conclure cette partie, il semble important de replacer le phénomène de l'inceste fraternel dans un contexte de développement psycho-sexuel, affectif et relationnel de l'adolescent. L'adolescence est la période la plus trouble de l'existence humaine et est plus qu'une simple transformation d'ordre physiologique. La violence, le désir, la tentation incestueuse et la passion créatrice façonnent l'adolescence. Le développement psycho-sexuel de l'adolescent reçoit l'influence d'au moins cinq facteurs principaux :

- 1) la puberté qui entraîne un bouleversement de l'image corporelle;
- 2) une certaine « intensification » de la vie affective, amoureuse et sexuelle;
- 3) le passage à l'acte qui prévaut sur la pensée et l'expression verbale;
- 4) le jugement critique qui s'affine;
- 5) l'identification sexuelle et l'orientation sexuelle qui se structurent. Traversant une période de transformation physiologique et psychoaffective, de crise et de changements existentiels, l'adolescent est d'autant plus fragile et susceptible de réagir par des troubles plus intenses et parfois psychopathologiques.⁹

Contrairement aux adultes, les adolescents traversent une crise existentielle touchant leur identité, leurs relations familiales et le sens global de la vie en raison de changements physiologiques et psychologiques. Leurs explorations et transgressions sont des manifestations de cette quête identitaire. Bien qu'il ne faille pas minimiser leurs actions, particulièrement si elles causent des souffrances, il est tout aussi important de ne pas figer leur développement en tant qu'auteurs de ces actes. Les adultes, en particulier les professionnels de la santé, ont un rôle crucial. En évitant de les stigmatiser, on réduit le risque de récurrence. Soutenir les adolescents pour qu'ils retrouvent un développement normal est donc essentiel.

3. La prise en charge psycho-sociale

1. Définition

Abordons la question de l'accompagnement psycho-social qui est au coeur de notre sujet d'étude afin de voir en quoi celui-ci peut venir en aide aux adolescents auteurs d'infraction à caractère sexuelle et à leurs proches. L'accompagnement psycho-social peut se définir comme une relation professionnelle dans laquelle une personne est accompagnée pour envisager et/ou réaliser un changement. Ceci suppose que l'accompagnant est capable de deux actions spécifiques : la compréhension et l'accompagnement. C'est comprendre le problème dans les termes où il se pose pour un individu particulier dans son existence singulière et en fonction des conditions de vie qui l'entourent. Le contexte et l'environnement sont importants à prendre en considération pour mettre en place des changements. C'est aussi accompagner l'individu à évoluer dans le sens d'une meilleure adaptation sociale pour lui et en fonction des moyens qui sont les siens vu que le changement de comportement passe aussi par une plus grande inclusion sociale. Cet

⁸ de Vries Robbe Michiel, Mann Ruth, Maruna Shadd and Thornton David; « Protective factors supporting desistance from sexual offending » p. p. 15 - 20

⁹ Yves-Hiram Haesevoets; « Évaluation clinique et traitement des adolescents agresseurs sexuels : de la transgression sexuelle à la stigmatisation abusive »; La psychiatrie de l'enfant 2001/2; Vol. 44

accompagnement doit pouvoir se faire dans une concertation conjointe accompagnant - accompagné pour être constructive.¹⁰

2. Différents types de traitements psychothérapeutiques

Il existe différents traitements psychothérapeutiques des délinquants sexuels adolescents. Dans l'ensemble, les programmes de traitement pour adolescents s'inspirent de ceux élaborés pour les délinquants adultes. Même si les traitements cités ci-dessous ont pour la plupart des effets positifs en matière de traitement, un des problèmes fréquemment relevés par les chercheurs et cliniciens travaillant avec les délinquants sexuels mineurs est que les modèles et les approches pour adultes sont souvent appliqués sans tenir compte des facteurs développementaux et contextuels des jeunes concernés. Le niveau de développement du jeune peut ne pas être pris suffisamment en considération. En ce qui concerne le GLM, les auteurs ont adapté la prise en charge, le langage, réduit et précisé le nombre de besoins primaires en fonction du degré de compréhension et du stade de développement des adolescents.

Comme types de traitement, nous avons la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) qui est le modèle d'intervention thérapeutique le plus courant avec les auteurs adolescents d'agressions sexuelles et elle est largement utilisée dans le monde. La TCC cible des domaines particuliers, notamment l'excitation sexuelle déviante, le mauvais contrôle des impulsions sexuelles, les déficits d'empathie de la victime, les compétences sociales, la prévention des rechutes et les distorsions cognitives. Une poignée d'études ont indiqué des résultats de traitement positifs, y compris la réduction dans l'excitation à des signaux sexuels déviants, la réduction des taux de récidive, l'amélioration de l'empathie et l'amélioration des relations sociales, des problèmes sociaux, de la compétence, de la sexualité et de l'intimité.

Nous avons, également, la psychothérapie individuelle qui est conçue pour cibler des problèmes individuels spécifiques susceptibles d'avoir contribué au comportement délinquant. Cependant, les interventions individuelles ne s'attaquent pas aux facteurs écologiques ou familiaux qui peuvent contribuer à un environnement abusif et sont donc peu susceptibles d'être efficaces comme seul moyen de traitement des adolescents auteurs d'agression sexuelle.

Ensuite, la thérapie de groupe qui offre un environnement favorable dans lequel des problèmes spécifiques tels que les distorsions cognitives, les compétences sociales, l'empathie de la victime et l'éducation sexuelle peuvent être abordés. L'un des points forts de la thérapie de groupe est qu'il est difficile pour les individus de minimiser ou de nier leurs comportements offensants envers le groupe. Cela peut également favoriser l'acceptation par les pairs, réduire l'isolement et offrir des opportunités de développement des compétences sociales.

Puis la thérapie familiale qui cible les modèles de communication et les réseaux de soutien familial et fournit une éducation sexuelle, y compris comment perturber le cycle de la violence. Il est particulièrement utile lorsqu'il y a eu des abus intergénérationnels. Bremer (1992) a constaté un faible taux de récidive dans une évaluation d'un programme comprenant une thérapie familiale (6 % de recondamnation et 11 % de rechute). Dans cette étude, les parents ont indiqué qu'ils avaient acquis des informations précieuses sur le cycle de la

¹⁰ Mathys Cécile; d'après les notes de cours de « Pratique psycho-sociale du criminologue »; 2021 - 2022.

délinquance sexuelle, sur la manière dont la famille pouvait éviter de favoriser un environnement propice aux comportements délictueux et sur des compétences parentales précieuses. Ce point de vue a été soutenu par les adolescents, qui ont évalué que leur fonctionnement familial s'était considérablement amélioré après la thérapie, que ce soit du point de vue de la cohésion familiale ou de la communication.

Enfin, la thérapie multisystémique (MST) qui cible les caractéristiques de l'adolescent auteur d'agression sexuelle, la famille, l'école et les relations avec les pairs. La MST engage les parents en tant qu'« agents de changement » pour leurs enfants et intervient dans le système plus large de l'adolescent, ainsi qu'auprès de l'adolescent lui-même. La MST a montré des résultats prometteurs, avec des taux de récurrence significativement plus faibles. La MST est l'un des rares traitements pour les adolescents auteurs d'agression sexuelle qui a été évalué avec des conceptions de contrôle randomisé et indique des résultats impressionnants pour une gamme de résultats. Les programmes qui ont combiné une variété de modalités de traitement s'adressant au plus large contexte du délinquant, de sa famille et du système social au sens large ont montré des résultats prometteurs, notamment de faibles taux de rechute, des compétences sociales et une fonction familiale améliorée, une amélioration des connaissances sexuelles et du concept de soi et moins de distorsions cognitives. Les adolescents auteurs d'agression sexuelle intra-familiale et leurs parents ont démontré des améliorations du point de vue de l'impulsivité, de la responsabilité, des relations familiales et de la régulation émotionnelle des adolescents auteurs d'agression sexuelle dans la fratrie après le programme de traitement/de soins.¹¹

3. Deux modèles de réhabilitation : Risk-Need-Responsivity (RNR) et Good Lives Model (GLM)

Parallèlement à ces différents types de traitements thérapeutiques, il existe d'autres modèles d'intervention et de réhabilitation.

1. Qu'entend-t-on par réhabilitation?

La définition qui ressort de la littérature est que c'est un processus réitératif, actif, éducatif de résolution de problème, centré sur les comportements du patient avec les composantes suivantes :

- **L'évaluation** qui est l'identification de la nature et de l'étendue des problèmes du patient et les facteurs pertinents à leurs résolutions;
- **L'établissement d'objectifs;**
- **L'intervention** qui peut inclure soit un traitement qui impacte le processus de changement, soit un support qui maintient la qualité de vie du patient et sa sécurité;
- **La vérification des effets** de l'intervention.¹²

La réadaptation des délinquants (sexuels), s'est traditionnellement concentrée sur tout ce qui ne va pas chez le délinquant (psychologiquement, socialement, biologiquement, ...) en essayant de minimiser les risques grâce à des programmes de traitement qui reposent sur les principes du Risk-Need-Responsivity (RNR). Le

¹¹ Grant, Indermaur Jan, Thornton David, Jenny; Stevens, Chamarette Gillian, Halse Christabel, Andrea; « Intrafamilial adolescent sex offenders: psychological profile and treatment »; Trends & issues in crime and criminal justice; Australian Institute of Criminology; No. 375 June 2009; p.p. 3-4

¹² Corneille S. and Devillers B.; « Quand le Good Lives Model rencontre les travailleurs psychosociaux : une invitation à un changement de posture professionnelle. »; Revue service social; p. 15

RBR n'est pas à proprement parler un modèle étiologique de la délinquance mais plutôt un ensemble de principes qui, s'ils sont correctement appliqués, rendent les interventions plus efficaces du point de vue de la prévention de la récidive. En effet, les principes du RBR ne se substituent en rien au fondement du modèle de prévention de la rechute mais précisent quelles sont les modalités d'application les plus efficaces du modèle.

2. Le Risk-Need-Responsivity - RBR

1. Définition

Risque : Adapter le type et la durée de l'intervention en fonction du niveau de risque associé à chaque délinquant. Un risque plus élevé nécessite une intervention plus intensive.

Besoins criminogènes : Identifier les facteurs de risque dynamiques spécifiques liés aux déficits chez les délinquants, qui deviennent ainsi des cibles de traitement.

Réceptivité : S'assurer que chaque méthode de traitement est dispensée de manière à correspondre aux caractéristiques individuelles du délinquant, telles que le style d'apprentissage, le niveau d'instruction, la capacité d'attention, la personnalité, etc.¹³

Le modèle du Risk-Need-Responsivity/RBR se concentre sur la réduction des risques ainsi que sur le processus de rechute. Le RBR est généralement accepté comme la référence par rapport à laquelle les programmes de réadaptation doivent être mesurés et testés. Selon plusieurs chercheurs, le Risk-Need-Responsivity/RBR a entraîné une thérapie efficace pour de nombreux délinquants et a entraîné une baisse du taux de récidive. Cependant d'autres auteurs comme Maruna, Ward, Steward et Gavielides soutiennent que se concentrer sur les besoins criminogènes pour réduire les facteurs de risque peut-être nécessaire mais ne représente pas une condition suffisante pour une intervention psycho-sociale et une réhabilitation efficace.¹⁴

Les critiques exprimées dans la littérature suggèrent que le modèle du Risque, Besoins, Réceptivité souffre d'une limitation conceptuelle et ne fournit pas aux professionnels les outils adéquats pour établir un engagement efficace et collaboratif avec les individus délinquants lors de leur participation à des séances thérapeutiques. Il est donc impératif d'élargir la portée des mesures prises en réponse aux infractions correctionnelles en prenant en considération la promotion des besoins humains fondamentaux ainsi que les objectifs de l'approche axée sur les facteurs de changement conjointement avec la réduction des variables de risque dans le but de prévenir la récidive. Les principes du Good Lives Model facilitent le traitement des délinquants sexuels car ils renforcent leur motivation et leur engagement dans le processus de changement, ce qui n'est pas forcément le cas avec l'approche axée sur la Réduction des Comportements à Risque (RBR).

2. Limites du RBR auxquelles vient pallier le GLM

- un ciblage accru sur la gestion du risque plutôt que sur un objectif de définition d'une vie positive et épanouissante;

¹³ Lord Alex; « Integrating risk, the Good Lives Model and recovery for mentally disordered sexual offenders »; Journal of sexual aggression; 2016; p.p. 111 - 112

¹⁴ Gavrielides Théo and Worth Piers; « Another push restorative justice : positive psychology and offender rehabilitation »; Journal of Current Issues in Crime, Law and Law Enforcement; Volume 6, Number 4; p. 373 - 374

- un manque de prise en compte des besoins primaires de l'être humain;
- une perception du délinquant comme un ensemble de facteurs de risque et non comme un être complexe qui cherche à se donner de la valeur et à trouver un sens à sa vie;
- une tendance à intervenir de manière mécanique et négative en se concentrant sur ce qui doit être évité plutôt que sur les compétences à acquérir;
- un moindre accent mis sur la construction d'une identité positive et cohérente;
- le peu d'attention porté aux besoins non criminogènes alors que ceux-ci favorisent l'alliance thérapeutique et la motivation du sujet à s'investir dans la thérapie;
- et ne vise pas à fournir les conditions nécessaires pour vivre une meilleure vie mais à enseigner uniquement comment minimiser ses possibilités de récidiver.¹⁵

3. Identité narrative et réhabilitation du délinquant sexuel

Les infractions surviennent rarement du simple fait de l'incapacité des individus à se maîtriser ou de leur recherche aveugle de la destruction pour le plaisir. En général, il y a un dessein, une logique derrière les actions des délinquants et les motivations qui les guident. En somme, la délinquance peut être considérée comme un reflet de la quête de certaines expériences spécifiques, telles que l'accomplissement d'objectifs particuliers ou l'acquisition de biens spécifiques. De plus, les actions entreprises par les délinquants reflètent leur conception d'eux-mêmes et de ce qu'ils aspirent à devenir. Pour les délinquants, tout comme pour l'ensemble des individus, leurs identités narratives se forment à travers la poursuite et l'accomplissement de leurs propres objectifs personnels. Cette caractéristique inhérente à l'acte délictuel en rend la compréhension plus accessible et, d'une certaine manière, plus empreinte d'humanité. Les êtres humains ont tous tendance à rechercher des objectifs spécifiques et à construire leur identité en réalisant ces objectifs au travers d'activités et de modes de vie particuliers. Le succès dans ce processus dépend de leurs compétences, de leurs ressources et des opportunités nécessaires pour assurer la sécurisation de leurs biens personnels dans des circonstances données. Les facteurs criminogènes peuvent être considérés comme des distorsions ou des omissions dans ces conditions préalables; l'évaluation des risques révèle les obstacles à la quête d'une vie gratifiante et épanouissante. Du fait que les individus ont tendance à rechercher et à revendiquer certains besoins fondamentaux humains en vue d'une vie satisfaisante, ils persévèrent dans leurs efforts pour les obtenir, malgré la présence d'obstacles. Cette persévérance peut conduire à des comportements dysfonctionnels ou antisociaux. Ainsi, l'idée que les individus sont des agents qui élaborent des récits identitaires et s'engagent dans des projets personnels basés sur ces récits démontre qu'ils possèdent un certain degré de souplesse et de capacité à influencer leur vie et leur situation. De plus, une fois que ces identités sont forgées, elles se révèlent dynamiques et sensibles aux divers contextes environnants.

En résumé, les individus tirent parti des ressources discursives et des structures sémantiques pour façonner leur compréhension de leur propre identité et de ce qui compte réellement pour eux. Chaque existence humaine est inévitablement enchevêtrée dans une trame de significations. Les significations attribuées à nos

¹⁵ Corneille S. and Devillers B.; « Quand le Good Lives Model rencontre les travailleurs psychosociaux : une invitation à un changement de posture professionnelle. »; Revue service social; p.p. 13-16

convictions et à nos conduites en font partie intégrante. Par conséquent, toute théorie de la réadaptation adéquate devrait être en accord avec ces caractéristiques intrinsèques de l'identité et du fonctionnement humain. Il y a les approches centrées sur les forces, telles que le modèle de gestion de la réadaptation des délinquants (GLM), qui se concentrent sur l'intégration des besoins et des valeurs primaires des délinquants dans la conception des programmes de traitement. L'objectif est de fournir aux délinquants les ressources internes et externes nécessaires pour mettre en œuvre un projet basé sur ces valeurs. Le GLM repose sur une démarche de recherche d'une amélioration de la vie, en développant des modes de vie ancrés dans des valeurs essentielles et en offrant des moyens concrets pour atteindre des objectifs dans des environnements spécifiques. L'approche GLM reconnaît que les êtres humains sont en partie le produit de leur contexte social et culturel, et qu'ils évoluent à travers leurs propres récits de vie. Ainsi, il est crucial de leur fournir les compétences nécessaires pour réfléchir sur leur parcours et donner un sens à leurs origines ainsi qu'à leur trajectoire future. Ce processus dynamique et fluide émerge en réponse aux différentes sphères de vie des délinquants et aux ressources discursives disponibles, telles que les significations, les valeurs, les attitudes, les croyances et les stéréotypes. Ces ressources découlent en partie des institutions sociales et des perceptions des délinquants, ainsi que de celles de leur entourage, qu'il s'agisse de soutien ou de condamnation. Par conséquent, pour favoriser la réhabilitation des délinquants et les aider à abandonner leur comportement délictuel, il est impératif de leur offrir un accès à des modes de vie alternatifs, à du soutien et à de nouvelles opportunités sociales.

La réhabilitation des délinquants implique une évaluation et un renforcement des compétences. Dans ce cadre, il est essentiel d'exposer les délinquants à des valeurs fondamentales, des croyances adaptatives et des attitudes constructives envers eux-mêmes et les autres, tout en favorisant la reconnaissance sociale. Un élément crucial de la réhabilitation consiste à construire une identité narrative plus adaptative. Cela signifie développer une compréhension réflexive de la vie de chaque individu, en saisissant ce qui revêt de l'importance pour eux et comment leurs engagements évoluent au fil du temps en réponse à leur situation personnelle et aux interactions avec diverses personnes. La construction d'une identité narrative prosociale requiert une prise de conscience des besoins fondamentaux de chaque individu, ainsi qu'une reconnaissance de leurs compétences actuelles et des capacités (cognitives, émotionnelles, comportementales) nécessaires pour répondre à ces besoins. En résumé, cela demande une évaluation de la capacité de chaque individu à porter des jugements précis et solides sur la réalité, à déterminer ce qui est valable et à agir différemment en fonction de ces considérations. Les délinquants sont des êtres humains qui veulent, ce que la plupart d'entre nous veulent, une chance d'avoir une vie qui exprime leurs engagements et leurs espoirs fondamentaux, une opportunité de vivre une vie significative et enrichissante.¹⁶

4. La psychologie positive comme berceau du Good Lives Model

Le modèle du GLM prend naissance dans la psychologie positive, privilégiant les forces humaines et la recherche de sens. Les interventions psychologiques visent à équilibrer les atouts et les lacunes, pour

¹⁶ Ward T. et Marschal B.; « Narrative identity and offender rehabilitation » ; International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology; Volume 51; Number 3; june 2007; p.p. 279-297

améliorer le bien-être en cultivant les capacités individuelles. Dans cette perspective, l'intervention psychologique ne se limite pas à soulager la détresse, la tristesse, l'anxiété et la faiblesse, mais vise également à favoriser les forces humaines et la propension inhérente de l'homme à rechercher un sens et un objectif dans l'existence. De fait, de multiples recherches suggèrent que des résultats positifs dans divers domaines peuvent être obtenus en privilégiant les capacités cognitives, comportementales et individuelles. Cependant, il est important de noter que les principes sous-jacents à la psychologie positive ne préconisent pas d'abandonner les approches basées sur les problèmes. Au contraire, un équilibre doit être trouvé entre la réadaptation des déficits et le développement de la résilience. En pratique, cela signifie que les interventions ne devraient pas se réduire à la gestion des risques, mais devraient également viser à cultiver les forces humaines et la tendance universelle à chercher un sens et un objectif. La psychologie positive a fait des progrès significatifs depuis plus d'une décennie, notamment dans les domaines du bien-être psychologique, du développement des atouts humains, de la nature et de la contribution des émotions positives, de l'espoir et du pardon. Récemment, Woldgabreal, Day et Ward (2014) ont élaboré un modèle d'intervention axé sur la promotion de la flexibilité psychologique, de l'auto-efficacité, de l'optimisme et de l'espoir chez les délinquants. Ces facteurs contribuent à améliorer la collaboration entre les jeunes délinquants, leur famille et les intervenants, tout en encourageant l'adoption de comportements prosociaux. Des études ont montré que l'auto-efficacité se développe grâce à la maîtrise personnelle de tâches, à des expériences indirectes de maîtrise de soi et à la persuasion sociale et verbale. L'optimisme renforce la motivation à adopter des comportements alignés sur des objectifs préétablis. Par ailleurs, l'espoir joue un rôle clé dans la perception d'une action réussie et des voies menant à l'accomplissement des objectifs de vie. Ces ressources psychologiques de motivation et d'autorégulation chez les jeunes délinquants présentent un potentiel considérable dans le processus de prise en charge, tout en aidant à réduire le risque de récidive. Les délinquants dotés de ressources cognitives plus positives ont moins tendance à se laisser distraire et restent focalisés sur des objectifs de réadaptation et de réhabilitation réalistes, durables et réalisables, tout en respectant les conditions de suivi imposées. En étant psychologiquement flexibles, confiants, optimistes et remplis d'espoir, les délinquants peuvent maintenir leur engagement, leur collaboration et leur concentration sur les objectifs à atteindre, réduisant ainsi la probabilité de récidive.¹⁷

4. Le Good Lives Model comme outil d'intervention psycho-sociale

1. Définition

Il faudra attendre le début des années 2000 pour que, sous l'impulsion de Tony Ward, se développe le premier modèle alternatif au modèle de la prévention de la rechute : le Good Lives Model, modèle des vies fondées sur la satisfaction des besoins humains fondamentaux. Parler d'accompagnement dans une logique GLM suppose de passer d'un modèle prescriptif à un modèle collaboratif. Comme a pu le dire Paul (2010), « le paradigme de l'accompagnement nous fait passer d'une conception de la prise en charge dénoncée

¹⁷ Woldgabreal Y., Day A., Ward T.; « The mediating role of Psychological flexibility, general self-efficacy, optimism, and hope »; Linking Positive Psychology to offender supervision outcomes; Criminal Justice and Behavior, June 2016, p.698

comme infantilisante et stigmatisante à une promotion des compétences sociale de la personne ». Le GLM semble donc renvoyer à un contexte plus large que le RBR. L'objectif d'une approche centrée sur les forces permet d'aider le justiciable à obtenir les ressources psychologiques et sociales nécessaires à l'atteinte de buts qui ont une signification pour lui-même. L'accompagnement au sens du GLM implique donc de passer par une notion de « changement expérimenté ici et maintenant, l'objectif étant de créer les conditions d'une relation qui permettent d'expérimenter le changement, de faire émerger la compétence à changer la situation ». Les premières données de recherche indiquent que le GLM est efficace pour surmonter certaines limites inhérentes aux approches traditionnelles de gestion du risque grâce, notamment, à l'amélioration de l'engagement de l'individu dans le traitement, au soutien des mécanismes de désistement de la délinquance et à l'attention portée sur les contextes environnementaux. Le GLM ne prétend donc pas diminuer les risques de récidive mais bien de favoriser la création de conditions internes et externes permettant de faciliter l'atteinte des besoins humains fondamentaux, conduisant à une vie plus satisfaisante que celle qui consiste à emprunter la voie du délit pour satisfaire des besoins non comblés.¹⁸

2. Principes, objectifs et implications du Good Lives Model

Le GLM est une nouvelle application de la psychothérapie positive prenant en considération les facteurs de risque et de protection. Il part du principe que nous sommes influencés par des objectifs et que nous recherchons tous à accéder à certains « biens » dans nos vies, non pas « matériels », mais qualitatifs, tous susceptibles d'augmenter ou d'améliorer notre état psychologique de bien-être. Le modèle nous considère comme poussés, à la recherche de réponses à 11 besoins humains primaires (8 pour les adolescents) tels que le fait d'avoir accès à une vie et un fonctionnement sain, une expérience et une maîtrise de l'autonomie, une absence de troubles émotionnels et de stress, des amitiés, au bonheur et à la créativité ainsi qu'une place au sein de la communauté. L'être humain est motivé par le fait de répondre à ces besoins fondamentaux et par un désir de croissance. La délinquance, dans ce cas, est considérée comme un moyen dysfonctionnel d'atteindre ces objectifs de vie. C'est pour cela qu'il considère le délinquant sexuel comme un être animé par des besoins humains fondamentaux, un bien-être psychologique, par la satisfaction de certains « besoins primaires » dans leur vie. Les comportements sexuellement abusifs sont ici conceptualisés comme reflétant des stratégies inadaptées ou inappropriées de l'individu, souvent associées à des ressources internes et externes inadéquates pour répondre à ces besoins humains fondamentaux. Ce qui fait que le délit sexuel n'est pas considéré comme une fin en soi. Du point de vue du GLM, les délinquants sont considérés comme cherchant à réaliser leurs priorités ou leurs valeurs personnelles par tous les moyens mis à leur disposition, tout comme le reste d'entre nous. La difficulté est que leurs approches sont souvent contre-productives, inefficaces et/ou socialement inacceptables. Le GLM comme modèle de réhabilitation, a pour objectif d'aider l'individu à trouver un nouveau sens à sa vie et de se fixer un but à atteindre. Pour y arriver, le GLM propose de l'aider à trouver des alternatives au comportement délinquant en mettant fortement l'accent sur la

¹⁸ Corneille S. and Devillers B.; « Quand le Good Lives Model rencontre les travailleurs psychosociaux : une invitation à un changement de posture professionnelle. »; Revue service social; p.p. 13-16

relation de soutien, une prise en charge basée sur une co-responsabilisation avec un plus grand engagement de l'intervenant dans celle-ci.¹⁹

Les objectifs du GLM sont :

- Inciter l'individu à acquérir, développer des ressources (internes et externes);
- Réduire la récidive en tant qu'obstacle au bien-être, à l'accomplissement personnel et non en tant que cible unique et ultime du traitement.

Selon le GLM, le meilleur moyen de réduire les taux de récidive est de doter les individus des outils nécessaires pour mener une vie plus épanouissante. Le sentiment d'appartenance, de réussite et d'espoir peut être atteint par de multiples solutions prosociales qui offrent des alternatives positives et fonctionnelles souhaitables à l'activité criminelle. Cette approche est conforme au modèle de traitement axé sur les solutions dans lequel les individus sont encouragés à explorer et à développer des objectifs personnels positifs.²⁰

Le GLM modélise un suivi en deux étapes. Dans un premier temps, il convient d'identifier les besoins, les forces et les risques, qui traduisent et localisent les freins et leviers internes et externes pour l'individu dans l'atteinte d'une vie prosociale épanouissante. Dans un second temps, le professionnel et l'individu (re)construisent ensemble de manière explicite un plan de bonne vie. Il s'agit de résumer les besoins primaires ainsi que les programmes, dispositifs, modalités de suivi, les démarches et apprentissages envisagés pour outiller efficacement l'individu, afin que la réalisation de ce plan de vie s'opérationnalise et devienne cohérent, riche et significatif pour l'individu. On ne parle pas de « ne plus récidiver » mais de permettre à l'individu d'exprimer ce qui est important dans sa vie et d'investir une identité positive en lui ouvrant un champ de possible vers l'accomplissement de ses buts fondamentaux. L'essentiel du travail d'un suivi basé sur le GLM est donc de permettre la réécriture d'un scénario de vie. L'idée est que si l'individu retrouve une qualité de vie suffisamment bonne, il n'aura pas envie d'avoir à nouveau recours à des comportements délinquants, criminels, antisociaux au risque de perdre celle-ci.

Rappelons brièvement les implications thérapeutique du GLM selon Corneille et Devillers (2017) :

- 1) La pondération des besoins primaires grâce à l'identification du poids de ces derniers afin de déterminer une vie satisfaisante pour la personne;
- 2) L'identification des objectifs et valeurs qui soutiennent la délinquance;
- 3) La formulation des besoins secondaires qui consiste en un travail conjoint entre le « délinquant » et le thérapeute afin d'identifier les façons socialement acceptables d'atteindre les besoins primaires;
- 4) L'élaboration du plan de vie avec un plan d'action concret qui permet d'avoir accès à une vie plus épanouissante selon des modalités non délinquantes.²¹

¹⁹ Gavrielides Théo and Worth Piers; « Another push restorative justice : positive psychology and offender rehabilitation »; *Journal of Current Issues in Crime, Law and Law Enforcement*; Volume 6, Number 4; p.481 et FORTUNE Clare-Ann and WARD Tony : « Integrating the Good Lives Model with Relapse Prevention: Working with Juvenile Sex Offenders »; p. 8

²⁰ de Vries Robbe Michiel, Mann Ruth, Maruna Shadd and Thornton David; « Protective factors supporting desistance from sexual offending » p.20

²¹ Sous la direction de Dieu Erwan et avec la participation de Tony Ward; « Good Lives Model (GLM) »; *Logiques des pénalités contemporaines*; éditions l'Harmattan; p. 94

Par rapport à la disposition au traitement²², plusieurs conditions sont requises pour que l'individu s'engage dans le processus de changement. Il est important que le sujet donne son consentement pour que l'intervention ait lieu et qu'il démontre une motivation à s'impliquer dans le processus thérapeutique. Toutefois, si on tient compte de l'approche selon le GLM, on parlera de disposition au traitement, qui en est une conception plus dynamique. Celle-ci nous permet d'avoir une vision plus globale et multidimensionnelle des conditions à envisager pour renforcer la disposition de l'accompagné au traitement. Cette conception va redéfinir de façon plus précise la nature du changement ainsi que la place et la responsabilité tant de la personne que du professionnel dans le processus de changement. Le fait que la personne s'engage plus aisément et de façon plus impliquée dans le processus de prise en charge dépendrait donc de facteurs qui lui sont propres (comme sa motivation intrinsèque) mais dépendrait aussi de facteurs propres au cadre de l'intervention comme les conditions d'accessibilités au traitement proposé ou de l'implication de l'intervenant dans celui-ci. Cette conception de la disposition au traitement est plus inclusive et influe sur l'engagement de l'individu mais aussi sur l'achèvement de l'accompagnement psycho-social.

Pour assurer le succès d'une intervention, plusieurs éléments sont essentiels :

- une co-construction du plan de traitement : Il est crucial d'établir une collaboration entre l'intervenant et le délinquant, impliquant un accord sur les objectifs, les besoins et la définition du problème à traiter. Cette approche de personne à personne doit se dérouler dans un environnement sécurisé, soutenant et exempt de jugement. Cet espace favorable est nécessaire pour permettre un changement positif. La co-construction du processus de prise en charge nécessite de mettre l'accent sur la personne en tant que sujet actif de son parcours de vie, en tenant compte de sa singularité, de son histoire, de ses besoins, de ses motivations, de ses désirs et de ses projets.
- une adaptation du traitement : L'intervenant doit être capable d'ajuster le traitement en fonction des besoins individuels et de l'âge des personnes concernées. Cette personnalisation permet d'impliquer pleinement les individus, favorisant ainsi leur engagement et leur persévérance dans le processus de changement. La responsabilité de la réussite du traitement est ainsi partagée entre l'intervenant et le patient.
- une approche systémique pour les délinquants sexuels juvéniles : Lors de l'élaboration d'un plan de réinsertion pour les jeunes délinquants sexuels, il est nécessaire de prendre en compte leur contexte social. En adoptant une perspective systémique, l'intervenant intègre la famille, la communauté, les soignants et d'autres ressources du réseau du jeune. Ces éléments sont spécifiquement identifiés et inclus dans le processus afin d'aider le jeune à atteindre des objectifs personnels significatifs. En informant et en impliquant les membres du réseau, l'intervenant garantit que chacun possède les informations nécessaires pour soutenir le jeune dans sa croissance, ses apprentissages et sa gestion des problèmes, en alignement avec son plan thérapeutique.²³
- et que le professionnel puisse démontrer des compétences en termes de savoir-être et de savoir-technique.

²² Corneille S. and Devillers B.; « Quand le Good Lives Model rencontre les travailleurs psychosociaux : une invitation à un changement de posture professionnelle. »; Revue service social; p.p. 17 - 19

²³ Corneille S. and Devillers B.; « Quand le Good Lives Model rencontre les travailleurs psychosociaux : une invitation à un changement de posture professionnelle. »; Revue service social

3. Les indicateurs GLM de Prescott, Willis et Ward (2022) pour étayer notre propos.²⁴

Du point de vue savoir-être, les jeunes et leur famille doivent pouvoir observer des qualités intrinsèques chez l'intervenant. L'intervenant doit avoir développé un esprit sous-jacent à la prise en charge où il est en capacité de percevoir le jeune comme un humain et où il ne démontre pas de jugement moral quant à sa personne. Il utilise un langage respectueux et non stigmatisant. Ceci dans le but de créer une alliance solide, un partenariat avec le jeune et ses proches. Dans un but de compassion, une compréhension est offerte à l'égard de leurs expériences. On donne la priorité aux intérêts de ces derniers dans l'élaboration d'un plan d'intervention. L'intervenant se montre également intéressé par la motivation personnelle de l'individu à amener des changements positifs dans sa situation et cherche à identifier ses valeurs, ses objectifs, ses forces et autres attributs positifs. L'intervenant psycho-social doit pouvoir prioriser les compétences cliniques qu'il souhaite favoriser en vue du changement à opérer. Ces compétences sont choisies en raison de leur lien avec le développement de l'autonomie de la personne dans sa prise en charge, et ce afin de renforcer sa motivation interne à changer et peut obtenir un éventuel accord sur un objectif de travail. L'intervenant recherche activement et explicitement du feedback auprès de l'individu. Le but de cette initiative vise à maintenir l'alliance établie. Ce retour d'information de la part des protagonistes permet de s'assurer que les activités sont personnellement significatives et pertinentes pour eux. Ce feedback concerne tant le sentiment d'être écouté, compris, respecté des personnes que la perception que chacun a des objectifs de prise en charge et s'ils sont significatifs pour eux. Il est essentiel de voir si le jeune comme sa famille sont en accord avec l'accompagnement, la méthode de travail, les propositions de plan d'action. L'accompagnant cherchera à savoir si ceux-ci sont compatibles avec leurs attentes et s'ils y adhèrent. Il est important également de vérifier si le jeune et sa famille se sentent suffisamment en sécurité dans le cadre de la prise en charge.

Du point de vue des savoir-techniques, l'intervenant veille à se centrer sur l'acquisition de besoins primaires valorisés par des objectifs de « good life » ainsi que sur la gestion des facteurs de risque. Pour ce faire, un focus sera fait sur la connaissance des besoins primaires chez l'individu. Tous les besoins primaires seront pris en considération même si leur priorité est variable. Les évaluations qui seront réalisées ainsi que les prises d'information feront référence aux besoins primaires ou aux objectifs poursuivis pour une vie épanouissante. L'intervenant est prêt à discuter et développer des objectifs significatifs pour l'individu et leur liens aux besoins primaires du GLM. Etant donné que le GLM tente de comprendre le lien entre infraction et les objectifs de vie de la personne, l'intervenant psycho-social essaiera de mettre en évidence les besoins primaires qui sont impliqués dans l'infraction et comment ils le sont. Pour ce faire, il y aura une analyse commune de l'infraction sous l'angle du GLM.

Une conceptualisation des facteurs de risque aura lieu via l'élaboration d'une liste de ceux apparus dans la vie de l'individu. Ceci sera effectué en collaboration avec la famille afin de comprendre pourquoi ils ont constitué une barrière à une bonne vie et comment ils pourraient encore l'être à l'avenir. On les analysera aussi en tant qu'obstacle au Good Life Plan qui sera établi. Ces facteurs de risque reposeront sur des éléments de recherches empiriques. Si on tente de les identifier, c'est aussi parce qu'ils représentent des obstacles à la réalisation des besoins primaires de la personne. Ces facteurs de risque sont considérés comme des éléments dynamiques de l'histoire de vie de la personne qui ont pu l'impacter et pourront l'impacter à

²⁴ Développé par Prescott, Willis et Ward, « GLM Fidelity Monitoring Tool : outil de surveillance de la fidélité au GLM : indicateurs GLM » adapté par le groupe Antigone en 2023.

nouveau dans l'avenir. Ce qui nécessite leur compréhension et pas uniquement une identification et leur suppression. Pour y arriver, ces facteurs seront décomposés en un ensemble d'éléments causal et contextuels pertinents pour tous.

Pour finir, il est essentiel de voir à développer une compréhension commune des obstacles qui empêchent la réalisation prosociale des besoins primaires du jeune ainsi que la réalisation du plan de vie positif. Sans cette compréhension, il sera difficile pour les personnes accompagnées de percevoir l'intérêt d'une prise en charge et d'un engagement actif dans le processus de changement. Selon le GLM, ces obstacles peuvent être définis comme étant des moyens inadaptés pour accéder aux besoins primaires, comme un manque de capacités internes/externes chez le jeune, comme une portée limitée du plan de vie qui équivaut à une absence de prise en compte de d'autres besoins primaires et enfin comme des conflits entre les besoins primaires. Pour une bonne prise en charge de l'individu et/ou de ses familiers, le GLM doit se concentrer essentiellement sur l'exploration des voies alternatives et la facilitation d'une gamme de moyens efficaces pour garantir l'accès à des réponses adaptées aux besoins primaires fondamentaux sans nuire à autrui.

5. Question de recherche

A l'heure actuelle, on dénombre très peu d'études ayant pour objectif la récolte de données en vue de vérifier la fidélité de l'utilisation du Good Lives Model comme outil psycho-social. Seuls l'une ou l'autre existent mais sont destinées aux superviseurs, aux professionnels de la relation d'aide; aucune aux particuliers. Raison pour laquelle nous avons souhaité rencontrer et questionner deux familles qui ont bénéficié de l'intervention du service Antigone. Afin de voir comment l'intervention a été appliquée au sein des deux familles, nous questionnerons l'implémentation de l'intervention. Notre objectif est de vérifier auprès de ces familles dans quelle mesure les indicateurs du Good Lives Model ont été mis en oeuvre dans le cadre de leur prise en charge par le service Antigone. La mise en oeuvre du GLM était-elle suffisamment fidèle aux principes et aux objectifs du modèle de réhabilitation ? Etait-il bien question d'une prise en charge psycho-sociale de type GLM ? Ont-ils été satisfaits de l'intervention psycho-sociale reçue ?

C. Méthodologie²⁵

1. Type de recherche

La méthodologie adoptée dans le cadre de ce travail de fin d'études est de nature qualitative avec une visée exploratoire et descriptive. L'objectif de cette étude de cas en criminologie clinique est d'explorer et de comprendre la prise en charge des familles impliquées dans des transactions incestueuses selon le modèle du Good Live Model. Les données recueillies sont basées sur les perceptions des individus rencontrés et interrogés, dont l'objectif est de confronter le cadre théorique développé aux expériences et récits des familles pour en formuler des conclusions.

2. Le processus d'échantillonnage

Une méthode non probabiliste a été choisie. Les familles interrogées ont été sélectionnées à l'aide de la méthode du Gatekeeper, c'est-à-dire par l'intermédiaire de M. Corneille du service Antigone. Cette sélection s'est opérée par contraste, en prenant en compte le statut des familles et en assurant une diversification

²⁵ André Sophie; Cours d'introduction à la méthodologie qualitative; année académique 2021 - 2022

externe. Géographiquement, ces familles se trouvent exclusivement en Province de Liège, c'est-à-dire dans l'arrondissement d'intervention desservi par le service Antigone.

3. La méthode d'investigation

Nous avons opté pour une approche d'étude de cas multiple. Cette étude se focalise sur deux situations familiales présentant des similarités au niveau du type d'infraction commise, à savoir des transgressions incestueuses au sein de la fratrie, qui ont conduit à l'intervention du service Antigone sous mandat judiciaire, ainsi qu'à une prise en charge de type GLM. Cependant, ces deux situations se distinguent par les éléments de contexte liés à leur environnement familial et au déroulement de leur prise en charge depuis la révélation des faits. De plus, le temps écoulé depuis la clôture de l'intervention du service Antigone auprès de ces familles (plus de 2 ans) permet aux interviewers de répondre aux questions avec un certain recul.

4. La méthode de collecte de données

Nous avons choisi de réaliser des entretiens semi-structurés pour récolter nos données. Le guide d'entretien (annexe 1) est composé de questions homogènes standardisées. Il a été élaboré en se basant sur les indicateurs du GLM de Prescott et Willis. Les questions posées visaient principalement à explorer la prise en charge psycho-sociale mise en place par le service Antigone. Le questionnaire est structuré en 4 parties : (1) les données socio-démographiques et la définition du cadre d'intervention, (2) les données sur le début de la prise en charge, (3) les données quant aux indicateurs de Prescott et Willis : savoir-être et savoir-technique et (4) les données quant à la clôture de l'intervention. Vu le manque de temps et l'accès limité à d'autres familles, le pré test ne sera pas réalisé. Afin de contextualiser ces cas, nous avons recueilli des données socio-démographiques; retranscrites sous forme de tableaux (annexe 3). Une mise en contexte et une description du cadre d'intervention serviront d'introduction à la présentation des résultats. Cela permettra entre-autre de répondre à la question suivante (comprise dans mon guide d'entretien) : quels types de services psycho-médico sociaux et judiciaires sont intervenus dans la situation à partir du dévoilement du FQI ? (SAJ/SPJ -TJ - Institution de l'aide à la jeunesse - IPPJ - EMA).

Le déroulement des entretiens s'est effectué comme suit :

- 1) Un premier contact téléphonique a eu lieu avec Mr Corneille afin de prendre connaissance de certains éléments concernant les familles qui allaient être rencontrées. Mr Corneille a reçu préalablement l'accord des familles quant à leur participation à l'étude. Les deux familles étaient ravies de pouvoir contribuer en remerciement pour l'accompagnement reçu. La prise de contact et la prise de rendez-vous se fera par téléphone, sur base des coordonnées reçues auprès de Mr Corneille du Service Antigone.
- 2) En guise de précautions éthiques, un formulaire de consentement éclairé (annexe 2) sera administré et signé en trois exemplaires : un destiné à l'interviewé, un second pour la promotrice et l'université et le dernier à destination de l'étudiante. Les répondants seront informés que le contenu des entretiens est strictement confidentiel et qu'ils ont la possibilité à tout moment de se soustraire à l'étude et de refuser de poursuivre les entretiens.
- 3) Ensuite, nous discuterons de la forme et du fond de l'étude à laquelle ils ont accepté de participer.

- 4) Enfin, Les rencontres auront lieu à 2 reprises avec les adultes et une fois avec l'adolescent. La moyenne d'heure par interview sera d'environ deux heures.

Initialement, il était prévu de réaliser quatre entretiens auprès de deux couples de parents à leur domicile. Cependant, pour la première famille, seule l'épouse, mère de six enfants, sera rencontrée. Lors du premier entretien le mari de la dame était hospitalisé pour des raisons de santé. Puis plusieurs semaines plus tard, lors du second entretien, le couple s'était séparé et avait débuté une procédure de divorce. Aucun enfants ne pourra être rencontré parce que l'auteur des faits ne faisait plus partie du ménage et n'avait pas bénéficié de l'intervention d'Antigone. Et par rapport aux autres enfants de la fratrie, soit ils étaient porteurs de handicaps ou soit ils étaient trop jeunes pour participer à l'étude. Concernant la deuxième famille, trois entretiens seront réalisés : deux avec les parents et un troisième avec leur fils aîné âgé de 18 ans, auteur des faits. Pour le cadet, victime de la transgression, les parents préféraient qu'on le préserve en évitant de le faire participer à la recherche.

5. Stratégie d'analyse

Une fois les entretiens terminés, les données récoltées seront fidèlement et intégralement retranscrites pour un nombre total de 82 pages. Sur base de cette retranscription, nous procéderons à une analyse thématique pour chacun des entretiens réalisés auprès des familles interrogées. Nous fonctionnerons par étapes en commençant par le relever d'unités de signification pour ensuite regrouper les idées retenues par thème. Nous déduirons plusieurs grandes thématiques générales, thématiques qui seront influencées par la structuration du guide d'entretien. Pour finir, des conclusions seront formulées sur base des thématiques retenues. Afin d'illustrer le contenu des résultats par des exemples concrets de verbatim, la liste des unités de signification pour chaque interview se trouve en annexe 4.

D. Résultats

1. Famille A

1. Contexte et Cadre d'intervention

Dans le cadre de la première famille, les parents des 2 enfants sont rentrés un jour à leur domicile et on été confronté à la transgression sexuelle au sein de la fratrie. Lorsque les parents prennent conscience que cela ne relève pas d'un fait isolé, ils font appel au 101 pour savoir comment réagir face à la situation. Suite à la dénonciation, une ambulance et une brigade de police interviennent au domicile familial. L'enfant victime est pris en charge par les ambulanciers, puis conduit à l'hôpital afin de bénéficier de l'intervention du CVPS. Dans un but protectionnel et de soins, il reste hospitalisé en pédiatrie plusieurs jours avant de regagner le domicile familial. Parallèlement à cela, l'enfant auteur des faits est pris en charge par les policiers et conduit au commissariat où il reste 48h en garde à vue avant de rencontrer le juge de la jeunesse. S'en suivra une décision de placement en Institution Publique de Protection de la jeunesse (IPPJ). Il y séjournera pendant 9 mois avant d'intégrer un internat pendant un an. Des entretiens psycho-sociaux avec les parents et le jeune auront lieu environ une fois par mois avec le personnel de l'IPPJ (psychologue et assistante sociale). La famille explique que ces entretiens ne les ont pas aidés. Ils ont eu la sensation d'être à peine écoutés, à peine respectés et relativement peu pris en considération. Ils ont du faire face au jugement des professionnels, se sont sentis coupables des actes de leur fils aîné. Pour eux, le travail de prise en charge thérapeutique n'a

réellement commencé que lorsque le service Antigone est intervenu. La situation concernant des mineurs, le Service de Protection judiciaire (SPJ) est désigné pour l'exécution du jugement protectionnel. Toutefois, la famille aura très peu de contacts avec la déléguée du SPJ (à 2 reprises seulement). C'est la juge de la jeunesse qui conservera la gestion du dossier judiciaire. De nombreux rendez-vous auront lieu chez la juge tout au long de la procédure et jusqu'à la clôture de celle-ci. Des rapports d'expertise médico-légale pour la victime, d'évaluation psychologique pour l'auteur des faits seront rédigés à la demande de la Juge de la Jeunesse. Des rapports de suivi et d'évolution des différentes prises en charge éducatives et psycho-sociales seront rédigés régulièrement. Les rapports seront envoyés, après lecture avec les personnes accompagnées, à la juge pour l'audience suivante. Après le placement en IPPJ, les éducateurs mobiles d'accompagnement (EMA) ont été mandaté pour intervenir auprès du jeune auteur de l'infraction et ce pendant plusieurs mois en complément de l'intervention sous mandat du Service Antigone. D'ailleurs, ils considèrent l'intervention, dans leur situation en crise, du service Antigone comme un cadeau offert par Mme la Juge de la jeunesse.

2. Conclusion : famille A

Les principales thématiques générales en matière d'intervention psycho-sociale sont :

1. Un cadre thérapeutique clair et sécurisant

Selon les interlocuteurs, afin d'instaurer un lien de confiance entre l'accompagnant et l'accompagné ainsi qu'un cadre sécurisé, l'intervenant a respecté le caractère confidentiel de la thérapie. Le temps accordé aux entretiens est approprié et suffisant, tout comme les intervalles entre chacun d'eux. L'entretien thérapeutique a été l'occasion de se sentir comme mis dans une bulle protectrice face à l'ampleur du problème de l'abus sexuel fraternel. L'intervenant a fourni des informations pertinentes concernant le processus de prise en charge et le cadre d'intervention.

2. Les qualités humaines relationnelles de l'accompagnant et l'alliance thérapeutique

Selon la description faite par les interviewés, l'intervenant psycho-social a fait preuve d'honnêteté, de franchise et a eu une attitude authentique. Ce qui a renforcé sa crédibilité. Ils se sont sentis respectés en tant qu'être humain. Leur intervenant a porté un regard jugeant uniquement sur les faits commis indépendamment de la personne elle-même. Les personnes ont apprécié qu'il garde la même posture, la même attitude professionnelle détachée affectivement au moment où les faits d'abus étaient abordés. L'intervenant a eu une compréhension emphatique de leur situation. Ce qui leur a permis de répondre le plus adéquatement possible à leurs besoins. Les répondants ont dit bénéficier d'une écoute active apaisante et d'une neutralité bienveillante. Ce qui leur a permis de se sentir entendu, à l'aise et en sécurité. Les intervenants ont eu une attitude positive qui était à l'origine d'une atmosphère optimiste. Ce qui les a conduit à relever avec confiance leurs défis et à franchir les étapes de leur processus de changement, les unes après les autres. Ils ont été ouverts à l'échange, ce qui favorise la communication et la compréhension des besoins et des attentes du client. Les intervenants se sont montrés soutenant, engagés, clairvoyants, sécurisants, non-jugeants et non-culpabilisants. Ce qui leur a permis d'exprimer librement leurs émotions, leurs besoins et leurs demandes et d'investir pleinement un processus de réflexion tendant vers le changement. L'intervenant a su adopter une attitude normalisante dénuée de tout aprioris et de préjugés. Ce qui leur a permis de dédramatiser ce qu'ils vivaient, de continuer à vivre, de se confronter au regard jugeant d'autrui, du système judiciaire et à leur propre regard culpabilisant. L'intervenant a eu de l'entrain, a fait preuve de disponibilité et s'est montré flexible sur les horaires. Pour les personnes interrogées, l'une des principales forces du service Antigone

réside dans la disponibilité des membres de l'équipe. En effet, ils ont pu compter sur une assistance professionnelle à tout moment, que ce soit dans des situations de crise, de tension, de vulnérabilité élevée, ou même lors de moments plus calmes, qu'il s'agisse de jours ou en soirée, en semaine ou pendant les week-ends. Ils ont ressenti une véritable considération et ont eu la certitude de ne pas être abandonnés. Le fait que l'intervenant ait pris spontanément de leurs nouvelles et sollicité leur avis concernant l'exécution des tâches définies lors de l'entretien précédent a été particulièrement apprécié. Quelles que soient les circonstances, le service a toujours répondu présent, même en cas d'absence de l'intervenant principal où un collègue a pu prendre le relais. Les personnes interrogées ont mentionné que les professionnels du service Antigone restent joignables et disponibles à la demande après la clôture, offrant ainsi la possibilité de les recontacter en cas de besoin, même s'ils n'interviennent plus et ne sont plus sous mandat judiciaire.

L'intervenant a démontré des capacités d'adaptation en étant capable de s'adapter aux besoins spécifiques du patient, à leur évolution et à leur rythme afin de fournir une prise en charge personnalisée et efficace. Même si les rendez-vous étaient planifiés, l'intervenant a pu programmer et intercaler un nouvel entretien avant le suivant. En agissant de la sorte, l'intervenant a montré sa réactivité et son engagement dans le traitement qui est offert.

3. Les compétences professionnelles de l'accompagnant

L'intervenant a démontré une capacité d'analyse. Ils ont su faire le point sur la situation en comprenant les origines du problème, les facteurs en jeu tout en identifiant les objectifs de prise en charge. Les interlocuteurs ont eu le sentiment que les intervenants avaient une certaine expertise et une expérience professionnelle solides ainsi qu'une connaissance approfondie dans le domaine d'intervention qui les occupent. Ils étaient clairs et pertinents lorsqu'ils posaient des questions complexes. Des mots forts ont pu être utilisés comme le fait de dire à Madame qu'elle avait « des comportements castrateurs ». Pour elle, ces mots étaient audibles du fait qu'ils venaient d'un professionnel compétent en qui ils avaient confiance. Des images symboliques ont pu être partagées pour parler des faits et de la recherche de solution comme le fait que le passage à l'acte a eu l'effet d'une bombe qui a tout détruit sur son passage. Les questions décisives étaient posées clairement et au bon moment. Les interrogations, qu'elles soient individuelles ou familiales, ont permis d'explorer en profondeur la situation problématique et à permis à chacun d'avancer vers un mieux-être. Selon les répondants, l'intervenant a su comment stimuler la réflexion, comment aborder des sujets sensibles pour provoquer un travail d'introspection chez leurs accompagnés et a su comment mettre en perspective les événements, anticiper les obstacles éventuels pour mieux rebondir. Les sujets abordés en séance restent longtemps en tête, même après la clôture de l'intervention. Vu le contexte de grande vulnérabilité et leur sentiment d'ébranlement, ils ont apprécié se laisser guider par l'intervenant dans leur cheminement et dans leur recherche de solutions. L'intervenant les ont encouragé, bousculé sans leur mettre la pression, tout en gardant à l'esprit l'intérêt premier des personnes. Les intervenants leur ont rendu régulièrement du feedback d'une séance à l'autre, offrant un retour d'informations constructif et permettant une meilleure compréhension de leur situation. Ils leur ont ainsi permis de s'ajuster par rapport aux objectifs poursuivis tout au long de la prise en charge. Au fur et mesure du déroulement de l'intervention psycho-sociale personnalisée, chacun des membres de la famille a su (re)gagner en autonomie, ont pu agir leurs tentatives de solution à l'aide des outils et des clés reçues par les professionnels. Leur but persévérer, aller de l'avant, reconstruire sur des bases plus solides que celles d'avant les faits d'abus sexuels dans la fratrie.

L'intervenant a orienté son intervention vers l'avenir et non vers le passé. Ce qui a été source d'apaisement, et de déculpabilisation. Les personnes interrogées ont su se projeter, progresser avec espoir, retrouver confiance en l'avenir, se fixer des objectifs et les ont atteint petit à petit. Ils ont le sentiment de retrouver du contrôle sur leur situation, de retrouver un sentiment de compétence parental. Toutefois, regarder principalement vers l'avenir a pu être, par moment, source de frustration car ils ont l'impression de ne pas avoir pu répondre à des questions de sens et définir une cause qui expliquent le passage à l'acte de leur enfant (comme la transmission intergénérationnelle). La co-responsabilisation joue un rôle crucial dans l'intervention psycho-sociale. Les bénéficiaires ont témoigné du fait que le personnel du service Antigone a pu reconnaître l'importance vitale qui est la leur dans leur processus d'accompagnement et de changement en occupant une fonction de co-pilote, de co-équipier. Leur rôle dans la quête d'un nouvel équilibre au milieu du chaos causé par la révélation de la transgression, issu du processus judiciaire et des perturbations familiales qui en résultent, est essentiel. Selon, eux, les professionnels du service Antigone assument leurs responsabilités en maintenant une disponibilité constante, en s'impliquant activement, les aidant ainsi à affronter la tempête et les vagues déferlantes qui les submergent. Ils ont joué un rôle actif dans l'évolution, les accompagnant étape par étape tout en leur tenant la main et en utilisant un discours motivationnel.

Le jeune homme a également une perception imagée de l'intervention. Il parle d'un « carré » où chaque partenaire de la prise en charge se trouve à une extrémité de celui-ci. Le jeune et sa famille se trouvant dans le coin supérieur droit entre le service Antigone dans le coin supérieur gauche et l'équipe mobile EMA dans le coin inférieur droit. Et à l'extrémité inférieure gauche se trouve la justice/la juge (+SPJ absent). Il y a collaboration et coopération entre les différents partenaires et l'information circule constamment d'une extrémité à l'autre, dans les 2 sens. La justice pouvant s'adresser directement au jeune et à la famille en audience. A la suite des audiences, l'intervenant du service Antigone a très souvent du jouer un rôle de médiateur, de modérateur et /ou d'intermédiaire entre la famille et la justice, utilisant des techniques de reformulation, de décodage et de mise en contexte pour faciliter la compréhension des participants quant aux discours tenus, aux attentes formulées et aux objectifs définis. Il a été fréquent que les participants quittent l'audience avec un sentiment de désarroi. L'intervention apaisante et de soutien offerte par le service Antigone s'est avérée être une ressource précieuse pour atténuer le stress associé à la procédure judiciaire et aux décisions juridiques. Tous les partenaires du processus de prise en charge se sont accordé sur leurs missions, leur rôle, leur place.

4. Les objectifs de prise en charge

Les directives établies par la juge de la jeunesse constituaient des objectifs de prise en charge et la base des rapports de suivi. Parallèlement, des objectifs plus spécifiques et personnalisés ont été négociés pendant les entretiens. L'expérimentation de ces objectifs s'est déroulée sous différentes formes, telles que des jeux de rôle ou des mises en situation, en présence ou non de l'intervenant. Les personnes accompagnées ont progressé à leur propre rythme dans la concrétisation de tâches spécifiques entre les entretiens. Les tâches sont claires, précises et explicites, ce qui a facilité leur exécution. L'intervenant s'est assuré que les personnes comprenaient bien les objectifs ou les tâches qui leur étaient confiés et ont cherché à obtenir leur aval quant à leur réalisation. Ces objectifs ont fait l'objet d'un bilan en début de séance suivante. Ensemble, ils ont évalué les progrès accomplis. Si les personnes ont rencontré des difficultés dans la réalisation des tâches et objectifs, des ajustements avaient lieu pour surmonter leurs obstacles et leurs blocages. L'intervenant a fourni des

outils pour faciliter le processus. Il a été perçu comme un garant de l'opérationnalisation des objectifs établis. L'objectif sous-jacent au processus a été de cultiver un sentiment de compétence chez chaque personne accompagnée, ce qui s'est développé progressivement au fil de l'accompagnement. Les personnes ne se sont jamais senties isolées dans la poursuite de leurs objectifs, car l'intervenant a joué un rôle actif et constant tout au long du processus, agissant comme un coéquipier et /ou un guide, particulièrement dans les moments difficiles. Les objectifs ont été divisés en deux catégories : individuels et familiaux. Parfois, la signification de ces objectifs ne s'est révélée pleinement qu'après leur mise en œuvre, avec du recul et l'observation des résultats obtenus.

Quelques exemples d'objectifs poursuivis :

- Pour le jeune :
 - le développement de nouvelles stratégies comportementales, d'alternatives socialement acceptables, éviter le retour en IPPJ
 - développer et expérimenter de nouvelles compétences en résolution de problème, en gestion émotionnelle
- Pour les parents :
 - trouver à s'apaiser »' »
 - mise en oeuvre de solutions, utilisation des outils reçus dans le but de garder la tête hors de l'eau et d'opérer du changement dans leur situation
 - gagner en autonomie face aux obstacles et dans leurs relations intra-familiales (avec leurs enfants)
 - la réparation des dommages causés suite à la transgression sexuelle dans la fratrie

5. Le plan d'action

Les parents ont exprimé qu'ils n'avaient pas reçu d'explications concernant un plan d'action ou un plan de vie, contrairement à leur fils qui a pu en discuter avec sa thérapeute. En ce qui concerne les adultes, l'intervenant avait une stratégie d'action en tête. Il était conscient de sa démarche et de sa direction, bien qu'il n'ait pas explicitement partagé ces détails avec eux. La mère a expliqué qu'elle était de toute façon dans l'incapacité de recevoir des explications sur le processus de prise en charge, étant submergée par les circonstances liées à la transgression et aux conséquences émotionnelles. L'intervenant a posé des questions afin de définir clairement la nature du problème et d'identifier en quoi consistait réellement le problème. Ils ont incité à la réflexion, fourni des pistes de réflexion, de solution mais ce sont les personnes accompagnées qui finalement ont trouvé leurs propres réponses. Il les ont poussé à sortir de leur zone de confort, ce qui n'était pas toujours une expérience plaisante mais qui s'est avéré nécessaire pour progresser.

L'adolescent interrogé a expliqué qu'ils avaient élaboré son plan d'action en utilisant un outil visuel spécifique, à savoir un échiquier connu sous le nom d'outil SPHERE. Grâce à cet instrument, ils ont défini et appréhendé les priorités ainsi que les éléments qui avaient une valeur significative pour le jeune. Cette approche leur a permis de fixer des objectifs correspondant à ces priorités. Selon le jeune, la pratique de l'échiquier s'est avérée fondamentale, car elle a offert des informations essentielles sur ses préoccupations et permis de surveiller l'évolution de la prise en charge, vérifiant ainsi si les objectifs définis initialement sont restés ceux poursuivis. Des lignes directrices ont été extraites de cet outil pour personnaliser le cadre de la prise en charge. Elles englobent des ajustements, des améliorations ou même des changements de cadre et de contenu en fonction des besoins identifiés. Cet outil a permis à l'adolescent de concevoir son plan de vie de manière progressive et de s'y projeter au fil du temps. Selon lui, l'intervenante a investi beaucoup de son

énergie dans la conceptualisation et la réalisation de ce plan d'action. Elle a été derrière lui, l'a encouragé à persévérer quoi qu'il arrive, quoi qu'il se passe.

6. Les obstacles et les ressources

Selon les parents, l'intervenant n'a pas entrepris une identification tangible et explicite de leurs défis et de leurs ressources. Cependant, ils supposent que cette démarche a été effectuée lors des entretiens et exploitées lors de la mise en oeuvre des tâches. En revanche, leur fils a été en mesure d'accomplir cette analyse avec sa thérapeute, en utilisant les termes appropriés.

Quelques exemples d'obstacles :

- du point de vue externe : la collaboration avec la justice et l'IPPJ - l'équilibre familial tendu, les relations conflictuelles père-fils
- du point de vue interne : le caractère, la personnalité, le tempérament, la place occupée par chacun, la gestion de conflit, la gestion émotionnelle

Quelques exemples de ressources :

- l'entraide et la communication dans le couple parental (fondations familiales), leur attachement mutuel, la justice qui s'est positionnée en faveur de leur fils cadet par rapport au passage à l'acte de leur fils aîné, les thérapies alternatives, l'accompagnement psycho-social du service Antigone qui a été la ressource principale, essentielle pour faire face à leur « tsunami ».

7. Le changement

Les parents n'ont pas le sentiment qu'un réel changement ait pu s'opérer. Pour eux, il est trop tôt et ont encore besoin de temps pour en saisir la mesure. Ils disent ne pas encore voir arriver le mot FIN. Par contre, pour leur fils, c'est différent. Il peut faire état d'un changement en matière de comportement et de façon d'être. Il peut mettre en mot ce qu'il ressent émotionnellement et demander de l'aide même si cela reste compliqué de se percevoir comme fragile. Il a le sentiment d'avoir développé des compétences en gestion émotionnelle et en résolution de problème.

8. La clôture de la prise en charge

Par rapport à la clôture de la prise en charge et de son évaluation globale, les parents ont évoqué le fait qu'il leur était impossible d'y penser car ce serait pour eux se retrouver seuls. Hors, ils n'y sont pas encore préparés. Ils ont encore besoin de temps et de l'aide du service Antigone même si ce n'est que de temps en temps à la demande. Par contre, leur fils parle de clôture définitive et se sent à l'aise avec l'idée sachant qu'il peut réinterpeller sa psychologue quand il le veut.

Enfin, dans un but d'efficacité, les sujets interrogés ont partagé leur point de vue quant aux limitations auxquels nous devons rester attentifs pour éviter d'entraver le développement d'une relation thérapeutique de confiance et de qualité. Ces limites incluent la froideur et la directivité exprimées par l'intervenant, qui peut influencer, suggérer ou induire des réponses en posant des questions orientées. Le flou concernant le cadre thérapeutique, ainsi que le manque d'informations, de communication, de feed-back et de conclusions sur l'évolution de la prise en charge de leurs enfants, les empêchant de s'ajuster, d'apporter leur aide et de prendre des décisions éclairées pour le bien-être de leurs enfants. Enfin, la fréquence des entretiens, qui peut entraîner une surcharge pour les personnes concernées, suscitant un sentiment d'envahissement, ce qui peut s'avérer contre-productif.

2. Famille B

1. Contexte et Cadre d'intervention

Dans le cadre de la famille B, le Service de l'Aide à la Jeunesse (SAJ) est intervenu suite au dévoilement des faits. Une plainte pour viol et attentat à la pudeur est déposée à l'encontre du fils aîné de Mme qui est l'aîné de la fratrie. Dans un premier temps, un accord est négocié entre le SAJ et les parents. Sauf qu'en cours de route, le SAJ décide que le placement des enfants se justifie vu la gravité des faits, le cadre familial incestueux et la dangerosité due à la violence conjugale. Les parents s'y opposent. Dès lors qu'ils étaient en désaccord avec la solution de l'hébergement institutionnelle proposée par le SAJ, le conseiller de l'Aide à la Jeunesse décide de transmettre le dossier au Parquet de la jeunesse afin d'être judiciairisé. Un jugement est rendu par le juge de la jeunesse. Le Service de Protection judiciaire (SPJ) s'occupera de la mise en oeuvre du jugement. Les 5 enfants seront placés dans différentes institutions de l'Aide à la Jeunesse. Ils y séjourneront pendant +/- 3ans. Le service Antigone sera mandaté par le Service de Protection Judiciaire, et prendra le relais une fois que l'équipe SOS-enfant aura clôturé son intervention. Les enfants bénéficieront chacun d'un suivi psychologique individuel et les parents d'une thérapie de couple.

Madame a pu qualifier les contacts qu'ils ont eu avec le directeur et la déléguée du SPJ comme bons et de meilleure qualité que ceux qu'ils ont pu partager avec les professionnels du Service d'Aide à la Jeunesse. Selon Madame, collaborer avec le service Antigone et le SPJ, faire l'objet d'un suivi éducatif et psychologique sous contrainte n'était pas un frein mais plutôt un levier à la prise en charge. Elle explique que c'était plus confortable car leur cadre était clair et rassurant, et ce même si la décision de placement prise à l'égard des 5 enfants de la fratrie était vécue comme injustifiée et injuste à leurs yeux.

Le fils aîné de Mme devra quitter très rapidement le domicile familial. Il ne séjournera pas en IPPJ et ne bénéficiera pas non plus de l'intervention du Service Antigone. Les charges retenues contre lui seront modifiées et il sera finalement condamné pour attentat à la pudeur et non pour viol. Il semblerait que les faits de viol ne se limiteraient pas à la famille nucléaire mais concerneraient également la famille paternelle élargie. Le climat familial incestuel et de violences peut s'analyser sous l'angle de la reproduction intergénérationnelle.

2. Conclusions : famille B

Après avoir extrait les unités sémantiques pertinentes des interviews de la famille B, les réponses données par la mère de famille sont forts similaires à celles obtenues par la famille A. Les thématiques identifiées ci-dessus présentent une considérable convergence. Par conséquent, nous concentrerons notre description sur les éléments singuliers mis en évidence lors des entretiens au sein de la famille B.

1. Un Cadre thérapeutique clair et sécurisant

Tout d'abord, Madame décrit l'intervention du service Antigone comme visant à accompagner les familles confrontées à des événements dramatiques susceptibles de perturber profondément leur existence. Elle perçoit les membres de cette équipe comme des « sauveurs » capables d'accomplir des actions miraculeuses. Les lignes directrices / thématiques de prise en charge par le service Antigone ont été définies à la demande du SPJ et en collaboration avec les personnes accompagnés. Le cadre d'intervention et les objectifs étaient clairs et explicites. C'est-à-dire la violence conjugale, la maltraitance intra-familiale, la gestion de conflit, la sexualité : l'abus sexuel, le viol, l'agression, le respect du consentement, la question de l'intimité. La prise en

charge est décrite par Madame comme une forme d'intervention psychosociale et psycho-éducative, matérialisée à travers des entretiens de couple et des entretiens individuels avec les enfants. Elle a pu, par ailleurs, dire qu'elle regrettait de ne pas avoir eu l'occasion de bénéficier d'entretiens individuels en-dehors de la présence de son époux.

2. Qualités humaines relationnelles de l'intervenant et l'alliance thérapeutique

Ensuite, une qualité essentielle du professionnel, identifié par Madame, sa capacité à s'adapter au langage des accompagnés en adoptant un langage familier, en résonance avec celui employé par les individus. Ce qui favorise l'établissement d'une connexion, la création d'une alliance thérapeutique fondée sur la confiance et une présence chaleureuse. Ils préfèrent que l'intervenant utilise un franc-parler. Selon Madame, cette compétence relationnelle s'est avérée propice à lever des défenses et supprimer des a priori qu'ils avaient à l'égard des psychologues, facilitant ainsi l'instauration d'un dialogue ouvert et sincère concernant des sujets complexes et intimes. L'intervenant doit être capable de donner sa confiance pour qu'ils puissent donner la leur en retour. Il est donc important que le thérapeute se présente sans a priori, sans préjugés, leur laissant l'occasion de se présenter, de se raconter sans être jugés. Il prend leur point de vue en considération.

L'alliance thérapeutique n'a pas été la même avec tous les intervenants du service Antigone. Il leur a été plus simple de collaborer avec certains qu'avec d'autres. Par exemple, Madame a pu exprimer une limite à la coopération de qualité avec les praticiens de la relation d'aide. Elle explique qu'ils ont une vision dichotomique de l'intervention, soit ça passe ou soit ça casse. Ils ont failli rompre avec une intervenante car, il s'est avéré délicat, pour elle, d'accepter qu'un intervenant prenne le lead dans le cadre d'entretiens individuels avec son enfants au sein du domicile familial. En effet, ce dernier demeure leur territoire et leurs enfants, les leurs. Elle a pu partager le cas d'une intervenante qui s'est montrée maladroite en remettant en question son autorité alors qu'elle était en interaction avec son fils sur une question de prononciation. Cette démarche aurait eu pour effet de saper son autorité et d'inciter son enfant à ne plus la reconnaître comme légitime pendant plusieurs jours. Madame est d'avis qu'il est primordial pour l'intervenant de préserver le cadre de prise en charge, mais cela doit s'opérer dans un esprit de partenariat avec les parents, particulièrement en leur présence et à leur domicile.

3. Les compétences professionnelles de l'intervenant

Dans le cadre de ces entretiens, les accompagnés ont su exprimer leurs préoccupations à l'accompagnateur, les ont examinés avec réflexion et ont collaboré ensemble pour trouver des solutions. Les idées échangées entre accompagnants et accompagnés par rapport à l'exercice de leur autorité parentale se sont imbriquées naturellement les unes par rapport aux autres. Toutes les idées avaient leur importance. Les solutions retenues ont été ensuite mises en pratique dans leur vie quotidienne, tant dans leurs interactions avec leurs enfants que dans leur dynamique conjugale. Des exemples concrets de ce processus comprenaient la délégation de tâches et leur mise en expérimentation dans le but d'acquérir des compétences de maîtrise de soi, d'anticipation émotionnelle, de prévention de comportements violents et d'un nouveau passage à l'acte. Les accompagnants ont su envisager activement des alternatives comportementales et planifié comment réagir différemment en situation de crise ou de tension. En outre, les intervenants ont fourni des outils conceptuels, des stratégies pour surmonter les obstacles, qui ont été ensuite utilisés en-dehors de la présence des intervenants. Le soutien pour traduire ces objectifs en actions concrètes a été fourni lors des entretiens ainsi que par le biais de contacts téléphoniques. Les feedbacks ont été échangés aussi bien en personne que

par téléphone, favorisant ainsi la continuité du processus et la mise en place du changement. Cette approche a permis d'identifier des ressources individuelles exploitées de manière bénéfique pour l'ensemble de la famille pour surmonter les obstacles perçus.

Madame rapporte que l'intervenant a fréquemment employé un langage motivationnel et valorisant à son égard. Elle met en évidence que cette approche a stimulé sa réflexion sur des sujets spécifiques, l'incitant à persévérer dans cette réflexion en intégrant les enseignements des professionnels comme des graines qui ont pris le temps de germer. Elle explique que des croyances limitantes ont pu être modifiées et donner naissance à de nouvelles favorables aux changements identitaires et de plan de vie. Malgré que l'intervention du service Antigone ait pris fin il y a trois ans, les mots des intervenants résonnent encore en elle. Aujourd'hui, elle prend en considération ces paroles car elle est maintenant prête à répondre à son besoin d'exister en tant qu'individu doté de droits, méritant d'être respecté plutôt que d'être une victime. Elle avait besoin de se libérer de l'emprise de son mari. En conséquence, elle a assimilé de nouveaux éléments au niveau de son identité (tels qu'être autonome, la confiance en soi, une meilleure image d'elle-même, la valeur personnelle en tant qu'individu, etc.), ce qui l'a amenée à prendre la décision de se séparer et à entamer une procédure de divorce. Contrairement à la famille A, Madame souligne qu'elle a apprécié d'être tenue informée par les thérapeutes de l'évolution de leurs enfants et de leurs interrogations quant à des sujets difficiles. Ils ont ressenti qu'ils étaient intégrés, associés à la prise en charge de leurs enfants en tant que partenaires. Ils ont apprécié coopérer activement au processus thérapeutique de leurs enfants en réfléchissant à des solutions concrètes pour répondre à leurs besoins.

4. Les objectifs poursuivis : quelques exemples

- Pour le mari : le contrôle de son impulsivité, de sa violence, du passage à l'acte, la gestion de conflit et la gestion émotionnelle
- Pour l'épouse : gagner en autonomie relationnelle et en estime de soi
- Pour le couple parental : travailler les relations parents-enfants, soutien à la parentalité

5. Les obstacles et les ressources

Tout comme pour la famille A, ils n'ont pas été identifiés explicitement mais Madame a pu déduire de la prise en charge les exemples suivants :

- Des croyances limitantes, des distorsions cognitives, des schémas dysfonctionnels, la peur, l'emprise de son mari, le type d'éducation reçue, ...
- Débrouillarde, courageuse, forte, les mots des intervenants qui raisonnent encore, sa motivation personnelle

6. Les changements observés :

- La violence physique a été éradiquée du domicile, bien que des formes de violence psychologique aient persisté.
- Les cinq enfants sont retournés vivre au domicile familial après trois ans de placement, et la plupart ont enregistré des progrès scolaires.
- Un nouvel équilibre relationnel a été instauré au sein de la famille.
- Madame a retrouvé une estime de soi, un changement de croyances = Mme se perçoit comme digne de respect et exempt de maltraitance. Elle dit avoir retrouvé confiance en ses compétences parentales.

7. La clôture

Madame explique, qu'aujourd'hui, la prise en charge du SPJ est clôturée. La prise en charge par le service Antigone aussi normalement. Elle a refusé que ses enfants disent au-revoir en présentiel dans le cadre d'entretiens. Elle a préféré qu'ils le fassent par téléphone. Pour elle, ce n'était pas nécessaire. Ils savent qu'ils peuvent reprendre contact avec les intervenants s'ils en éprouvaient le besoin un jour. Ce qu'elle a d'ailleurs fait pour annoncer à son psychologue qu'elle s'était séparé et qu'elle divorçait.

E. Discussion

1. Analyse des résultats

Pour rappel l'objectif de notre étude : Questionner l'implémentation de l'intervention dont a bénéficié les 2 familles interrogées et vérifier auprès de ces familles dans quelle mesure le Good Lives Model a été mis en oeuvre dans le cadre de leur prise en charge psycho-sociale par le service Antigone et à quel point ils sont satisfaits de l'intervention dont ils ont bénéficié. C'est donc dans cette logique que nous allons désormais discuter des résultats obtenus au travers de la GLM Fidelity Monitoring Tool de Prescott, Willis et Ward (2022)²⁶; mais aussi par de nouveaux éléments théoriques. D'après les personnes accompagnées, l'intervenant a démontré des compétences en termes de savoir-être et de savoir-technique.

1. Les savoir-être

Il est frappant de constater à quel point les caractéristiques mentionnées par les participants correspondent à celles énoncées dans les critères du GLM de Prescott et Willis. Il est intéressant de noter combien nous avons examiné en détail la description de ces qualités et leur rôle essentiel dans le processus de prise en charge. Par conséquent, on peut supposer que sans ces qualités, il aurait peut-être été difficile, pour eux, d'établir une collaboration, de définir quels étaient leurs besoins primaires et secondaires, d'aborder des aspects délicats de leur histoire, de préciser quels étaient leurs ressources discursives. Mais également impossible que de nouvelles compétences puissent émerger, entravant ainsi la capacité des individus à définir un plan d'action ainsi que des objectifs et à le mettre en oeuvre dans le but de retrouver une qualité de vie. La relation de confiance ainsi que l'alliance thérapeutique semblent être des éléments fondamentaux à ne pas négliger pour favoriser un processus de résilience. Tous les participants sont unanimes pour affirmer que leur situation s'est nettement améliorée grâce à l'intervention du service Antigone et à la collaboration établie.

1. Les qualités de l'intervenant perçues par le jeune et par ses parents

Vu les résultats ci-dessus, les intervenants ont su se montrer chaleureux, emphatiques, gratifiants, non confrontants et directifs dans le sens de rester fluide, de faire avancer le traitement. D'autres compétences professionnelles ont été mise en évidence : la capacité d'adaptation, la disponibilité, une responsabilisation conjointe ou encore l'expertise et la capacité d'analyse du professionnel. La qualité plébiscité par les participants à l'étude est la disponibilité remarquable des intervenants. Cette disponibilité reflète un engagement authentique de la part des praticiens dans le processus de prise en charge. En conséquence, cela a encouragé les individus à s'investir à leur tour dans ce processus et à envisager avec confiance un plan de vie de qualité. Il est possible d'établir un lien entre cette disponibilité continue, la qualité des relations interpersonnelles et l'alliance thérapeutique ; ces éléments étant interdépendants selon la perception des

²⁶ Développé par Prescott, Willis et Ward, « GLM Fidelity Monitoring Tool : outil de surveillance de la fidélité au GLM : indicateurs GLM » adapté par le groupe Antigone en 2023.

interlocuteurs pour une intervention de qualité. De plus, une collaboration mutuelle entre l'accompagnant et l'accompagné a été observée dans le cadre de l'élaboration d'un plan de traitement personnalisé, favorisant ainsi une responsabilisation partagée.

2. L'esprit sous-jacent de la prise en charge

Les intervenants ont su instaurer un cadre sécurisé d'intervention, où des bases solides de confiance ont pris racine. Cette confiance sous-jacente s'est révélée d'une importance cruciale dans l'établissement de la relation d'aide, favorisant ainsi le développement de l'alliance thérapeutique désirée. D'après la littérature existante, la relation thérapeutique joue un rôle essentiel dans la réalisation des objectifs fixés par l'individu. Il est impératif qu'un socle initial de confiance et une alliance thérapeutique soient établis dès le départ, permettant ainsi de favoriser une collaboration authentique et un engagement sincère dans le processus. Le concept d'alliance apparaît indéniablement comme le facteur qui offre la variance la plus élevée en termes d'effets obtenus quant à l'opérationnalisation des objectifs recherchés. De plus, il offre un aperçu approfondi pour comprendre la manière dont le praticien fonctionne. Plus précisément, il éclaire la dynamique du suivi et l'orchestration de ses résultats.²⁷ Les familles tout comme le jeune se sont sentis considérés comme des êtres humains, sans jugement moral. Les intervenants ont utilisé un langage respectueux et non stigmatisant à leur égard. Les intervenants ont pu accepter les individus en tant qu'être humain qui mérite du respect et de la dignité tout en n'étant pas d'accord avec les faits commis. Les intervenants ont cherché à comprendre les expériences des individus et ont donné la priorité aux intérêts de ces derniers dans l'élaboration d'un plan d'intervention. Ils se sont montrés intéressés par la motivation personnelle de chacun à amener du changement positif dans leur situation. Et ils ont cherché à identifier leurs valeurs, leurs objectifs, leurs forces et autres attributs positifs.

3. Prioriser les compétences cliniques qui favorisent le changement

Il ressort des interviews que les intervenants ont utilisé des questions ouvertes, résumé le discours des personnes. Ils ont utilisé des affirmations; c'est-à-dire des déclarations qui reconnaissent les forces de l'individu et les comportements qui mènent vers un changement positif. Ce qui a permis aux personnes de renforcer leur confiance dans leur capacité à changer. Ils ont eu recours à une écoute réflexive et a fait usage de techniques de reformulation. Leurs réponses ont permis la réflexion et un travail d'introspection chez les répondants. Les intervenants ont pu donner des conseils psycho-éducatifs aux parents. Ils ont eu recours à ces compétences cliniques afin de favoriser le développement de l'autonomie des personnes dans le cadre de leur prise en charge. Ils ont ainsi pu renforcer la motivation interne des personnes à vouloir changer. Ils ont pu obtenir leur accord sur des objectifs de travail. Par exemple, l'outil SPHERE (échiquier) a été utilisé avec le jeune pour définir des objectifs. Cet outil est un média pour développer un « plan de vie épanouie ». Il est animé par la personne suivie avec le soutien collaboratif du professionnel. Le futur souhaité est comparé au présent, un Plan de vie présent dont le fonctionnement est impacté par la trajectoire passée. Le jeune a fait l'inventaire des préférences, forces et besoins primaires visés, des compétences et ressources qu'il serait nécessaire de lui apporter pour y accéder, ainsi que de son environnement qui serait le plus judicieux et accessible à cette fin. Pour Corneille et Henrard, cet outil, à l'image des outils de la psychologie positive, vise à une évaluation et une quantification GLM des préoccupations, des souhaits et des objectifs du sujet,

²⁷ Bioy Antoine, Bachelart Maximilien; « l'alliance thérapeutique : historique, recherches et perspectives cliniques »; Dans Perspectives Psy 2010/4 (Vol. 49); éditions EDP Sciences; p. 318

tout en le soutenant dans sa réflexion sur ses objectifs de vie, ses besoins fondamentaux et les moyens socialement acceptables à mettre en place afin d'atteindre ses buts.²⁸

4. Rechercher activement et explicitement le feed-back des personnes accompagnées

Les répondants se sont sentis écoutés, compris et respectés. Ils ont perçu les objectifs de prise en charge comme significatifs, pertinents et importants pour eux. Ils sont d'avis que l'approche des intervenants à l'accompagnement, ses propositions et sa méthode de travail correspondent à leurs attentes. Ils ont perçu que l'intervenant prenait en considération des éléments de leur culture ainsi que les valeurs personnelles importantes. Les différents feed-back qui ont été échangés entre accompagnant et accompagné concernant la relation thérapeutique se sont déroulés dans une atmosphère sécurisante. Les personnes accompagnées ont eu le sentiment que leur avis comptait et qu'ils pouvaient l'exprimer librement sans de possibles conséquences négatives pour eux. A l'exception de la mère de famille des 6 enfants, qui a pu exprimer son appréhension vis-à-vis des possibles conséquences découlant de son conjoint dans l'éventualité où elle oserait relater les épisodes de violence conjugale durant les entretiens de couple. Bien qu'elle ait ressenti un sentiment de sécurité au cours des entretiens, elle a nourri des inquiétudes quant aux représailles qui auraient pu découler ultérieurement de son conjoint. Par conséquent, elle n'a pas systématiquement été en mesure de se confier de manière totalement libre, comme elle l'aurait souhaité. Un des points forts de la prise en charge est que du feed-back a pu être échangé tout au long du processus entre le praticien et l'individu.

2. Les savoir « Techniques »

1. Focus sur les objectifs « Good life »

La compréhension des préoccupations centrées sur l'accomplissement des besoins fondamentaux valorisés par des objectifs de « good life », ainsi que la gestion des facteurs de risque doit être approfondie. Les adultes participants à l'étude semblent avoir rencontré des difficultés à appréhender pleinement la notion de besoins fondamentaux, bien qu'ils aient pu identifier certains besoins. Cependant, en ce qui concerne le jeune, ses aspirations et besoins ainsi que la formulation du problème à résoudre ont été abordés en collaboration avec lui, évitant toute confrontation ou coercition et privilégiant une approche douce, comme en témoigne le jeune lui-même. Les réponses fournies par les participants en ce qui concerne l'évaluation des objectifs significatifs visant une vie épanouissante semblent plus substantielles, suggérant que cette évaluation a été conduite de manière approfondie. Les professionnels ont pu discuter et élaborer des objectifs significatifs liés à certains besoins, bien que la notion de besoins fondamentaux n'ait pas été clairement identifiée par les personnes prises en charge. Un consensus a été atteint quant aux objectifs à poursuivre, même si les grandes lignes étaient définies par la juge ou le SPJ. De plus, des petits objectifs ont été négociés et réalisés afin de répondre au projet thérapeutique de l'individu et aux attentes de la justice. Cette approche a permis à tous les acteurs d'avancer vers une amélioration de la qualité de vie après avoir vécu des événements traumatiques.

2. L'implication des objectifs « good life » dans l'infraction

Dans le but de comprendre le lien entre l'infraction et les objectifs de vie de la personne, les intervenants ont-ils cherché à savoir et comprendre quels besoins étaient impliqués dans l'infraction ? Y a-t-il eu une analyse de l'infraction selon le GLM ? Nous ne savons pas si la question de l'infraction à caractère sexuelle a

²⁸ sous la direction de Dieu Erwan, avec la participation de Tony Ward; « *GOOD LIVES MODEL* »; Logiques des pénalités contemporaines; éditions L'Hamattan; p.p. 95 - 96

été ou non questionnée et réfléchi en collaboration avec les personnes accompagnées étant donné que nous avons fait le choix conscient de ne pas aborder la question de l'infraction en tant que telle. Toutefois, les parents de la famille A ont pu nommer leur regret de ne pas avoir pu chercher à identifier les raisons, les motivations à l'origine du passage à l'acte de leur fils. Le professionnel a préféré privilégier une position davantage orientée vers l'avenir que vers le passé pour encourager les individus à s'apaiser, à se soustraire à une position culpabilisante pour se concentrer sur la (re)construction d'un plan de vie. Par contre, l'adolescent, selon ses dires, a pu échanger davantage à ce sujet avec son intervenante. Ils ont pu chercher ensemble à comprendre les raisons qui ont conduit au passage à l'acte. Ce qui lui a permis de trouver de nouveaux objectifs de vie, de trouver à les atteindre ainsi que des alternatives socialement acceptables en guise de réponse à ses besoins, qu'il a pu expérimenter au travers de jeux de rôle en entretien.

3. Conceptualisation des facteurs de risque

Quels sont les facteurs de risque qui ont été/ sont présents dans le parcours du jeune afin de comprendre pourquoi ils ont constitué une barrière et comment ils pourraient encore faire obstacle au plan de vie qui sera établi ? Nous ne pouvons pas répondre à la question des besoins criminogènes dynamiques présents dans la vie des individus, ayant représentés des obstacles à leur plan de vie, étant donné que la notion de facteur de risque n'a pas fait partie du guide d'entretien. L'adolescent a tout de même pu nous confier que les facteurs de risque avaient été travaillés par les intervenants de l'équipe mobile EMA et que l'intervenante du service Antigone s'était concentrée sur ses forces et ses compétences, adaptant leur intervention pour être complémentaires.

4. Les obstacles à la réalisation d'un plan de vie positif

Comme vous le remarquerez dans la partie résultat, en ce qui concerne l'adolescent et la famille B, une compréhension commune des obstacles qui empêchent la réalisation prosociale des besoins primaires de l'individu ainsi que la réalisation du plan de vie positif ont été réalisées avec l'intervenant. Ces obstacles ont pu être identifiés comme des moyens inadaptés pour accéder aux besoins primaires, comme un manque de capacités internes/externes chez la personne, comme une portée limitée du plan de vie qui équivaut à une absence de prise en compte de d'autres besoins primaires et enfin comme des conflits entre les besoins primaires. Avec ces personnes, l'intervenant s'est concentré sur l'exploration des voies alternatives et sur la facilitation d'une gamme de moyens efficaces pour garantir l'accès à des réponses adaptées aux besoins primaires fondamentaux sans nuire à autrui. Par contre pour les parents de la famille A, lorsqu'il a été question d'identifier des obstacles internes et externes, ils ont eu l'air de ne pas savoir de quoi nous parlions. Leurs réponses ont pu être abstraites, hors de propos voire mal orientées, demandant aux concepts d'être explicités pour une meilleure compréhension avant de pouvoir répondre et d'identifier certains obstacles.

5. Les ressources utiles à la réalisation d'un plan de vie prosocial

Pour rappel, le Good Lives Model (GLM) est un modèle de réhabilitation qui met l'accent sur le développement et la réalisation de ressources positives dans la vie d'un individu. Au cœur de ce concept se trouve la notion que chaque personne possède un ensemble unique de ressources, telles que des compétences, des intérêts et des relations, qui peuvent être mobilisées pour promouvoir une vie épanouissante et socialement intégrée. Plutôt que de se concentrer exclusivement sur les problèmes et les comportements négatifs, le GLM encourage les individus à identifier et à cultiver ces ressources, afin de favoriser leur bien-être et leur réintégration dans la société. En travaillant sur le renforcement de ces aspects positifs, le modèle

visé à aider les personnes à atteindre leurs objectifs personnels et à construire une vie significative, alignée sur leurs valeurs et leurs aspirations. Les participants de l'étude ont eu l'opportunité d'identifier des ressources intrinsèques et extrinsèques qui s'avéraient essentielles pour dépasser leurs obstacles et se renforcer dans leur processus de changement. Ces ressources identifiées ont joué un rôle fondamental pour la famille A, en permettant l'apaisement de leur situation et la progression dans leur difficile épreuve, souvent décrite comme un "Tsunami". Grâce à l'acquisition de compétences, l'adolescent a pu résoudre son problème de régulation émotionnelle et de gestion de conflits. Il dit s'être découvert des ressources qu'il ne se connaissait pas comme sa capacité à se confier, à demander de l'aide quand il en a besoin, ainsi que le développement de solutions prosociales, d'alternatives comportementales, évitant ainsi tout préjudice envers autrui et lui-même. Son but est de ne plus réintégrer l'IPPJ à l'avenir. Il éprouve également une satisfaction personnelle liée à sa nouvelle façon d'être. A titre d'illustration, il a pu investir une relation affective et sexuelle conventionnelle avec une jeune fille de son âge. Par contre, à leur grand regret, la relation père/fils reste conflictuelle à ce jour.

Pour la famille B, la femme a elle aussi pu cultiver ses propres ressources et acquérir de nouvelles compétences afin de se préserver des abus perpétrés par son mari. Elle a pris la décision courageuse de se séparer et d'entamer une procédure de divorce après 20 ans de violences conjugales. De son côté, son mari, en bénéficiant de l'intervention du service Antigone, a pu découvrir des alternatives socialement acceptables et non violentes à mettre en oeuvre dans ses relations intrafamiliales et de couple. Malgré la confiance qu'il accordait à l'intervenant, il a refusé d'explorer les origines et les éléments de son histoire personnelle qui ont façonné sa propension à la violence. L'impact de la prise en charge sur ses distorsions cognitives et ses croyances associées à la violence conjugale et intrafamiliale demeure incertain. Néanmoins, il est établi que les agressions physiques et sexuelles envers la femme ont pris fin, attestant d'un changement comportemental. Il est plausible que le mari ait été sensibilisé et investi d'une responsabilité vis-à-vis de la souffrance de son épouse et des répercussions de ses actes sur ses enfants, ce qui est peut-être à l'origine de sa décision d'adopter de nouveaux comportements pour gérer ses émotions et les conflits conjugaux.

On peut remarquer un décalage entre le vécu des parents/des adultes et celui du jeune en terme de prise en charge, de résultats et de changement. Vu le nombre de concepts (plan d'action, obstacles, ressources, ...) qui ont échappé à la compréhension des adultes interrogés, il est possible que la méthodologie utilisée ne leur ait pas été explicitée en tant que telle car leurs besoins et leurs objectifs ne s'y prêtaient pas. Par contre, en ce qui concerne l'adolescent, on peut ressentir au travers de ses réponses que l'intervention était plus méthodique et qu'elle lui était davantage explicitée. On imagine que la prise en charge est possiblement adaptée au statut de l'individu et donc pas forcément la même pour l'auteur d'infraction, la victime ou les victimes secondaires/parents.

Enfin, il est crucial de souligner l'importance de mettre en oeuvre un fil conducteur et d'établir une structure claire dans les interventions destinées aux familles. Il est essentiel d'organiser des rencontres à différents stades de la prise en charge avec les individus qui reçoivent l'accompagnement. Ces réunions serviront à fournir des explications sur l'évolution de chaque personne prise en charge. Tous les professionnels impliqués dans l'accompagnement devraient être présents lors de ces rencontres afin de répondre aux besoins de la famille et de faciliter une concertation collective. Cependant, il est primordial de n'agir qu'en concertation et avec le consentement de la personne placée sous leur responsabilité.

2. Forces et limites de l'étude et implications

1. Point fort de l'étude

La littérature existante se consacre principalement à analyser le modèle de réhabilitation à partir du point de vue du professionnel. Etudier la validité scientifique de cet outil de réhabilitation à partir de l'expérience singulière des bénéficiaires de l'aide a été l'occasion de faire un premier état des lieux descriptif et de trouver à répondre à une préoccupation scientifique naissante.

2. Limites identifiées dans l'étude :

- 1) **La non intégration du phénomène de l'inceste fraternel dans le guide d'entretien:** Nous avons fait le choix de ne pas interroger les deux familles sur le phénomène de l'inceste fraternel. Ce qui ne nous a pas permis de confronter les éléments scientifiques repris dans notre revue de littérature à une réalité de terrain. Notre question de recherche mériterait dans le futur d'être étendue au phénomène de l'inceste en l'incluant d'avantage dans l'analyse et la récolte de données. Par exemple, les facteurs de risque et de protection liés à l'inceste fraternel pourraient être étudiés au regard des facteurs de risque dynamiques et des ressources propres au GLM pour voir s'ils sont présents dans le parcours du jeune. Et ainsi chercher à comprendre pourquoi ils ont constitué une barrière et comment ils pourraient encore faire obstacle au plan de vie qui sera établi.
- 2) **Biais par rapport à la validité des résultats :** Des limitations dans la collecte des réponses des participants concernant les aspects techniques semblent apparentes. Celles-ci peuvent résulter de la combinaison de plusieurs facteurs internes et externes à l'interviewer : l'absence de pré-test, des questions mal ajustées à l'objet d'étude, les buts poursuivis, l'implication de l'interviewer dans le processus et un possible accès pour les répondants à des informations limitées tout comme un changement dans leur contexte de vie. Ces éléments ont pu conduire à des réponses plus superficielles en termes de besoins primaires, de facteur de risque - besoins criminogènes, de ressources et de plan d'action ou encore quant à l'analyse de l'infraction. Après avoir mobilisé le contact avec les familles, le corpus théoriques et le guide d'entretien, les interviews ont peut être davantage mieux menés. Raison pour laquelle un pré test aurait été utile.
- 3) **Une considérations relatives au processus d'échantillonnage :** N'avoir eu accès qu'à 2 familles a limité l'utilisation de la méthode. Il convient de reconnaître que les deux études de cas sélectionnées ne nous donnent pas accès à une représentation complète et exhaustive et ne peuvent pas, à elles seules, apporter une réponse définitive à la question de recherche. Il aurait été précieux d'impliquer un public plus hétérogène en incluant d'autres familles et divers acteurs comme d'autres auteurs d'infraction et l'une ou l'autre victimes, ainsi que des professionnels utilisant le Modèle du GLM dans leur contexte professionnel. Cette approche aurait ainsi pu renforcer le principe de diversification externe et produire un ensemble de données plus conséquent pour l'analyse. L'application de la théorie ancrée, pour des recherches ultérieures, en accord avec le principe de diversification, pourrait être envisagée pour impliquer un public plus vaste et recueillir des données plus complètes en vue d'une plus forte validité grâce à sa méthodologie.
- 4) **Présence éventuelle d'un biais de sélection :** Étant donné l'accès limité à seulement deux des nombreux cas suivis par le service Antigone, vu l'implication de M. Corneille dans leur sélection, cela soulève la question d'une possibilité d'un biais de sélection. L'inclusion de familles supplémentaires dans l'étude

aurait permis de confronter nos résultats à davantage d'interviews. Malheureusement, des contraintes liées au temps et aux ressources ont restreint la faisabilité d'une tel développement.

F. Conclusion

En conclusion, le feed-back positif des participants confirme la pertinence de notre question de recherche. Bien que de nouvelles investigations futures doivent venir confirmer nos conclusions, il est évident que les intervenants du service Antigone intègrent les indicateurs du GLM dans leurs interventions psycho-sociales. Il peut y avoir une adaptation de la méthodologie au statut, au contexte, aux besoins et aux objectifs propre à l'individu. Leur expertise et la maîtrise de cet outil sont apparentes, et leurs actions s'alignent avec les principes du modèle de réhabilitation GLM. Ces professionnels s'engagent simultanément à réduire les risques et à promouvoir le développement d'une vie prosociale épanouissante pour les individus accompagnés en accord avec les fondements du GLM. Cette approche favorise la diminution des récidives en offrant des alternatives positives et fonctionnelles à la criminalité, conformément à une démarche orientée vers des solutions et la réalisation d'objectifs personnels positifs, comme le préconise le GLM.

Nos résultats démontrent également la valeur ajoutée du modèle de réhabilitation du GLM en tant qu'outil d'intervention pour la prise en charge de la délinquance sexuelle. Ce modèle de réhabilitation devrait pouvoir être utilisés par les différents professionnels de l'aide aux justiciables. Une formation au modèle de réhabilitation du GLM devrait être accessible à tous les intervenants travaillant aux côtés des délinquants qu'ils soient adolescents ou adultes. Pour ensuite, une fois formés, se soumettent à une évaluation somatisée et formative afin d'aider les professionnels à se repositionner et à améliorer leur pratique professionnelle. Celle-ci pourrait se faire sur base d'une échelle spécifique, telle que celle élaborée par D. Prescott, G. Willis et T. Ward, pour garantir la fidélité à l'approche GLM. Il est essentiel que cet instrument de suivi soit largement utilisé, conjointement avec l'analyse approfondie des résultats diversifiés, afin de fournir des perspectives éclairantes pour des initiatives futures et une mise en œuvre encore plus efficace et valide du modèle. La participation à des formations ne suffit pas à garantir une pratique fidèle et constante du GLM, d'où l'importance d'une remise en question régulière de sa pratique et d'une évaluation continue pour tous les professionnels impliqués dans l'accompagnement psycho-social.²⁹

²⁹ Prescott David S., Willis Gwenda, and Ward Tony; « Monitoring Therapist Fidelity to the Good Lives Model (GLM) »; 2022

G. Bibliographie

- ANDRE Sophie; Cours d'introduction à la méthodologie qualitative; année académique 2021 - 2022
- BIOY Antoine, BACHELART Maximilien; « *l'alliance thérapeutique : historique, recherches et perspectives cliniques* »; Dans Perspectives Psy 2010/4 (Vol. 49); éditions EDP Sciences; p.p. 317 - 326
- CARLSON Bonnie E., MACIOL Katherine, SCHNEIDER Joanne; « *Sibling Incest: Reports from Forty-One Survivors* »; 2006; Journal of Child Sexual Abuse, Vol. 15; p.p. 19 - 34
- CARLSON Bonnie E., MACIOL K., SCHNEIDER J.; « *Sibling incest: Reports from forty-one survivors* »; Journal of Child sexual abuse; Vol. 15 (4); 2006 by the haworth press; p.p. 19-31
- CORNEILLE S. and DEVILLERS B.; « *Quand le Good Lives Model rencontre les travailleurs psychosociaux : une invitation à un changement de posture professionnelle.* »; Revue service social; vol. 63; n°1 - 2017; p.p. 12- 28
- DAURE Ivy; « *Inceste dans la fratrie : une lecture transgénérationnelle* »; Martin Média, Le journal des psychologues; 2022/1 n°393; p.p. 32 - 37
- de BECKER Emmanuel; « *Transgression sexuelle au sein de la fratrie : évaluation et traitement* »; Médecine et hygiène, Psychothérapie; Vol. 25; 2005/3; p.p. 173 - 186
- de BECKER; « *Inceste fraternel ou abus sexuel dans la fratrie* »; John Libbey Eurotext, L'information psychiatrique; Vol. 93; 2016/10; p.p. 837 - 842
- de VRIES ROBBE Michiel, MANN Ruth, MARUNA Shadd and THORNTON David; « *Protective factors supporting desistance from sexual offending* »; Sexual Abuse: Journal of Research and Treatment, 2015 / 2018; p.p. 1-31
- DIGIORGIO-MILLER Janet; « *Sibling Incest: Treatment of the Family and the Offender* »; 1998 Child Welfare League of America; p.p. 335 - 345
- FALCAO Vera, JARDIM Praticia, DINIS-OLIVEIRA Ricardo Jorge, and MAGALHAES Teresa; « *Assessment and disclosure of childhood sexual abuse : Forensic Evaluation in Alleged Sibling Incest Against Children* »; Journal of Child Sexual Abuse; 2014; p.p. 755-767
- FORTUNE Clare-Ann and WARD Tony; Victoria University of Wellington, New Zealand - PRINT Bobbie; G-MAP Services, United Kingdom : « *Integrating the Good Lives Model with Relapse Prevention: Working with Juvenile Sex Offenders* »; New York, NY: Elsevier Science, p.p. 405 - 426
- GALLEZ Michel; « *Prise en charge individuelle et familiale d'adolescents auteurs de transgressions sexuelles dans la fratrie* »; Office de la naissance et de l'enfance, Carnet de notes sur les maltraitances infantiles; 2016/1; n°5; p.p. 6 - 21
- GAVRIELIDES Théo and WORTH Piers; « *Another push restorative justice : positive psychology and offender rehabilitation* »; Journal of Current Issues in Crime, Law and Law Enforcement; Volume 6, Number 4; p.473 - 494
- GLOWACZ F.; PUGLIA R.; DEVILLERS B.; « *Mineurs judiciairisés pour délit sexuel : soutien de la désistance par le Good Lives Model* »; Université de Liège, Service de Psychologie clinique de la délinquance; Criminologie, Vol. 53; n°1 - 2020; p.p. 128 - 149

- GLOWACZ Fabienne; Cours de délinquance sexuelle; année académique 2021 - 2022
- GRANT, INDERMAUR Jan, THORTON David, STEVENS, CHAMARETTE Gillian, HALS Christabel; « Intrafamilial adolescent sex offenders: psychological profile and treatment »; Trends & issues in crime and criminal justice; Australian Institute of Criminology; No. 375 June 2009; p.p. 1 à 6
- HAESEVOETS Yves-Hiram; « *Évaluation clinique et traitement des adolescents agresseurs sexuels : de la transgression sexuelle à la stigmatisation abusive.* »; Éditions Presses Universitaires de France, la psychiatrie de l'enfant 2001/2 (Vol. 44), p.p. 447 à 483
- LORD Alex; « *Integrating risk, the Good Lives Model and recovery for mentally disordered sexual offenders* » ; Journal of sexual aggression; National organisation for the treatment of abusers - 2016; p.p. 107 - 122
- MATHYS Cécile; cours de pratique psychosocial du criminologue; année académique 2021 - 2022
- MATHYS Cécile; cours d'approche criminologique de la délinquance juvénile; année académique 2022 - 2023
- MUGNIER Jean-Paul; « *Les abus sexuels dans la fratrie* »; extrait du livre « de l'incestueux à l'inceste, une approche relationnelle », 2013; p. 53
- PRESCOTT David S., WILLIS Gwenda, and WARD Tony; « *Monitoring Therapist Fidelity to the Good Lives Model (GLM)* » ; International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology; The Author(s) 2022; p.p. 1-17
- PRESCOTT, WILLIS et WARD, « GLM Fidelity Monitoring Tool » « Outil de surveillance de la fidélité au GLM : indicateurs GLM » adapté par le groupe Antigone en 2023.
- PUGLIA R. and GLOWACZ F.; « *Adolescents délinquants en transition vers l'âge adulte : analyse du processus de désistance à partir de leur récit.* »; Approche inductive en psychologie; vol. 5, n°2; Fall 2018; p.p. 71- 101
- RELVA Carvalho, FENANDES, Monteiro, ALARCAO; "*Dyadic Types of Sibling Sexual Coercion* »; Springer Science+Business Media New York 2017; p.p. 577 - 583
- ROMAN Pascal, RAVIT Magali; « *La violence sexuelle dans la famille et la mise à l'épreuve des liens fraternels* »; De Boeck Supérieur, Cahier de psychologie clinique; 2006/2, n°27; p.p. 11 - 26
- ROMANO Hélène; « *le lien fraternel à l'épreuve de l'inceste* »; dans la psychiatrie de l'enfant 2012/1 Vol. 55, p.p. 225 - 245
- TIDEFORS I., ARVIDSSON H., INGEVALDSON S, LARSSON M., « *Sibling incest : a literature review and a clinical study* » ; Journal of sexual aggression; vol. 16; N°3; novembre 2010; p.p. 347 - 360
- WARD T. et MARSHALL B.; « *Narrative identity and offender rehabilitation* » ; International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology; Volume 51; Number 3; june 2007; p.p. 279-297
- WOLDGABREAL Yilma, DAY Andrew, WARD Tony; « *Linking Positive Psychology to offender supervision outcomes : the mediating role of Psychological flexibility, general self-efficacy, optimism, and hope* »; Criminal Justice and Behavior; 2016; Vol.43; No.6, p.p. 697 - 721
- Ouvrage : sous la direction de DIEU Erwan, avec la participation de Tony Ward; « *GOOD LIVES MODEL* »; Logiques des pénalités contemporaines; éditions L'Hamattan.

H. Annexes

Annexe 1 : Guide d'entretien

1) Question socio-démographique :

Facteurs socio-démographiques	au moment de la prise en charge : <ul style="list-style-type: none">- au moment du dévoilement des faits- au moment de la prise en charge par Antigone	aujourd'hui
âges : parents - enfants		
Etat civil couple parental (marié, divorcé, concubins, cohabitants légaux)		
Statut familial (recomposée ?)		
Statut socio-économique		
Profession - diplôme		
Revenus		
Lieu de naissance des membres de la famille		

Facteurs socio-démographiques	au moment de la prise en charge : - au moment du dévoilement des faits - au moment de la prise en charge par Antigone	aujourd'hui
Quels types de services psychomédico social et judiciaires sont intervenus dans la situation à partir du dévoilement du FQI ? (SAJ-SPJ -TJ - IPPJ) + Délai de prise en charge		
Y a-t-il eu un placement de l'un ou l'autre de vos enfants ? Si oui à quel moment ? Sur décision de quel institution (judiciaire ou autre)? Délai de placement ?		

2) Questions liées à la prise en charge psycho-sociale : sur base des indicateurs GLM

1) Prise en charge - la demande :

- 1) Dans le but d'une brève contextualisation : Comment décririez-vous le début de la prise en charge avec le service Antigone ? Comment cela s'est-il passé lors du ou des premiers contacts ? Comment vous êtes vous senti avant, pendant et après la ou les premières rencontres ?
- 2) De quel type de prise en charge parle-t-on ? D'une prise en charge familiale ? individuelle (jeune auteur - victime - parental) ? de couple ?
- 3) Quel a été le délai de prise en charge par Antigone ?

Savoir-être

- 4) Selon vous, quelles qualités (humaines - relationnelles) sont requises chez les intervenants (de manière générale - en particulier Antigone) pour une prise en charge de qualité ? Avez-vous pu retrouver ces qualités chez les intervenant du service Antigone ? Si oui, comment l'expliquez-vous ? Si non, quelles ont été les qualités qui ont manqué et qui auraient été nécessaires ? (But = pouvoir faire une comparaison du discours par rapport aux diverses interventions : points positifs/forts et points négatifs/faibles des interventions)
- 5) De votre point de vue, une alliance thérapeutique et/ou un partenariat ont-ils pu être créés ? Pouvez-vous me donner un exemple concret ? Qu'est-ce qui a contribué à ce

partenariat selon vous? (relationnel, communication, posture, attitude, comportement chez l'intervenant) ? Si non, comment auriez-vous aimé que cela se passe ?

- 6) Comment les objectifs de prise en charge ont-ils été définis ? Par qui ? (Si nécessaire creuser la notion de collaboration : les intervenants ont-ils tenus compte de vos besoins, de votre vision des choses, de vos attentes, de vos compétences, de vos ressources au moment de leur planification et de leur exécution ?) Quel sens ces objectifs avaient-ils pour vous ?
- 7) Quel a été votre « plan d'action » ? Comment celui-ci s'est-il construit dans le cadre de votre prise en charge ? Que diriez-vous de l'implication des intervenants dans la réflexion et la construction de celui-ci ? Et sur votre place à vous dans le processus ?

Savoir-technique

- 8) Pouvez-vous me décrire comment s'est déroulé l'intervention du service Antigone ? Qu'est-ce qu'ils ont questionné ? Pouvez-vous me donner l'un ou l'autre exemple de questions qui ont été posées ?
- 9) Quels sont les besoins importants, pour vous, que vous avez pu aborder dans le cadre de l'intervention du service Antigone afin d'avoir accès à une vie de qualité ?
- 10) Quels sont les obstacles qui ont été identifiés pour vous/dans votre situation? Pouvez-vous me donner un exemple d'obstacle ? Comment êtes-vous arrivé (en terme de processus) à définir ce qui posait problème et à identifier ces obstacles ?
- 11) Quelles sont les ressources qui ont été identifiées pour vous/pour ou dans votre situation ? Pouvez-vous me donner un exemple de ressource identifiée ? Comment êtes-vous arrivé (processus) à définir ce qui vous aiderait à faire face à ces obstacles ?
- 12) En quoi la compréhension de votre situation vous a-t-elle aidé ou non? Auriez-vous un exemple?
- 13) Avez-vous l'impression d'avoir atteint les objectifs qui ont été fixés ? Si oui, comment l'expliquez-vous ? Si non, pourquoi ?
- 14) Comment décririez-vous votre situation aujourd'hui ? Avez-vous pu constater un changement ? En quoi la prise en charge a-t-elle été ou non favorable à ce changement ?

2) La clôture

- 1) Comment leur intervention s'est-elle clôturée ?
- 2) Avez-vous eu l'occasion de réaliser une évaluation de la prise en charge avec les intervenants ? (les intervenants vous ont-ils questionné sur votre vécu et vos conclusions une fois la prise en charge clôturée? Avez-vous pu parler de comment s'était déroulé leur intervention, leur rendre un feedback ?)

Formulaire d'information et de consentement RGPD pour un travail de fin d'étude

TFE en cours de réalisation par Marthe Stas étudiante en Master 2 Criminologie :

« Etude de cas multiples : « L'utilisation du Good Live Model comme modèle de réhabilitation dans le cadre d'accompagnement psycho-social auprès de familles où ont eu lieu un ou plusieurs passages à l'acte du type transgressions sexuelles dans la fratrie. »

Ce formulaire d'information et de consentement RGPD présente une description de l'étude et des traitements de données à caractère personnel qui y sont associés.

Nous vous demandons de lire attentivement ce document. Si vous êtes d'accord de prendre part à cette étude, vous devrez signer ce document. Une copie datée de ce document vous sera remise.

Après avoir donné votre consentement à participer, vous resterez libre de vous retirer de cette étude à tout moment, sans qu'aucune justification ne soit nécessaire.

Si vous avez d'autres questions ou préoccupations concernant le projet ou vos données à caractère personnel, ou si vous souhaitez retirer votre participation, vous êtes libre de contacter le ou les responsables du projet de recherche à tout moment au moyen des coordonnées figurant ci-dessous.

Responsable(s) du projet de recherche

Le promoteur de ce travail de fin d'étude est : Mme Cécile Mathys : cecile.mathys@uliege.be

L'étudiant réalisant ce travail de fin d'étude est : Marthe Stas : marthe.stas@student.uliege.be

Master 2 en Criminologie

Description de l'étude

Ce travail de fin d'étude a pour objectif d'étudier le Good Live Modèle comme modèle d'intervention thérapeutique positiviste. Notre objectif est de montrer combien le GLM en tant qu'outil d'accompagnement psycho-social à toute son importance dans le cadre de prises en charge d'individu en conflit avec la loi dont notamment les jeunes auteurs d'infraction à caractère sexuel dans la fratrie. Cette étude a pour but d'explorer la perception des membres de ces familles quant à la prise en charge thérapeutique reçue. Sur cette base, il s'agira d'identifier, dans le cadre d'entretiens semi-structurés, le modèle de réhabilitation présent (RBR ou GLM) avec une focale plus spécifique sur le GLM. Pour ce faire, nous passerons en revue les propos des participants au

regard des indicateurs GLM identifiés par la littérature. Cette étude sera menée, sauf prolongation, jusqu'à la fin de l'année académique 2022 - 2023.

Protection des données à caractère personnel

Le ou les responsables du projet prendront toutes les mesures nécessaires pour protéger la confidentialité et la sécurité de vos données à caractère personnel, conformément au Règlement général sur la protection des données (RGPD – UE 2016/679) et à la loi du 30 juillet 2018 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel

Qui est le responsable du traitement ?

Le Responsable du Traitement est l'Université de Liège, dont le siège est établi Place du 20-Août, 7, B- 4000 Liège, Belgique.

Quelles seront les données collectées ?

Les données récoltées sont :

- Des données socio-démographiques propres aux situations personnelles des familles rencontrées en-dehors des noms-prénoms = l'anonymat est assuré.
- Des données relatives à la prise en charge psycho-sociale de type GLM. Les prises en charge ont été réalisées par le service Antigone.

À quelle(s) fin(s) ces données seront-elles récoltées ?

Les données à caractère personnel récoltées dans le cadre de cette étude serviront à la réalisation du travail de fin d'étude présenté ci-dessus. Elles pourraient, éventuellement, aussi servir à la publication de ce travail de fin d'étude ou d'articles issus de cette recherche, à la présentation de conférences ou de cours en lien avec cette recherche, et à la réalisation de toute activité permettant la diffusion des résultats scientifique de cette recherche. Votre anonymat sera garanti dans les résultats et lors de toute activité de diffusion de ceux-ci.

Combien de temps et par qui ces données seront-elles conservées ?

Les données à caractère personnel récoltées seront conservées jusqu'à la réalisation et la validation par le jury du travail de fin d'étude présenté ci-dessus. Le cas échéant, la conservation de ces données pourrait être allongée de quelques mois afin de permettre les autres finalités exposées au point 3.

Ces données seront exclusivement conservées par l'étudiant réalisant ce travail de fin d'étude, sous la direction de son promoteur.

Comment les données seront-elles collectées et protégées durant l'étude ?

Un enregistrement sur un support électronique (de type GSM ou dictaphone) de chaque entretien aura lieu afin de permettre à l'étudiante de retranscrire intégralement le contenu de ceux-ci. Cette retranscription se fera dans le courant de la semaine qui suit l'entretien avant d'être supprimé dans les plus brefs délais. Le but de ces enregistrements est de permettre à l'étudiante d'utiliser les informations récoltées lors de l'analyse des données au moment de la rédaction de son TFE, et exclusivement à cette fin. Les enregistrements seront conservés en sécurité durant la retranscription qui se déroulera dans la plus grande discrétion. Les retranscriptions seront annexées au TFE tout en respectant l'anonymisation des données personnelles. Aucune information transmise dans le cadre de ce travail de fin d'étude ne permettra de relier le contenu aux participants de la recherche.

Ces données seront-elles rendues anonymes ou pseudo-anonymes ?

Les données seront rendues pseudo-anonymes. Ce qui signifie que les données ne seront plus liées à un nom et un prénom mais bien à un code, que seuls l'étudiant et son promoteur peuvent relier à des identités. La table de correspondance sera conservée séparément. Les données socio-démographiques le seront assurément.

Qui pourra consulter et utiliser ces données ?

Seuls l'étudiant réalisant le travail de fin d'étude présenté plus haut, son promoteur et éventuellement les membres du jury de mémoire (pour validation de la démarche scientifique) auront accès à ces données à caractère personnel.

Ces données seront-elles transférées hors de l'Université ?

Non, ces données ne feront l'objet d'aucun transfert ni traitement auprès de tiers.

Sur quelle base légale ces données seront-elles récoltées et traitées ?

La collecte et l'utilisation de vos données à caractère personnel se fondent sur la mission d'intérêt public de l'Université (RGPD, Art. 6.1.e) et, pour les données particulières, sur la nécessité de traiter ces données à des fins de recherche scientifique (RGPD, Art. 9.2.j).

Quels sont les droits dont dispose la personne dont les données sont utilisées ?

Comme le prévoit le RGPD (Art. 15 à 23), chaque personne concernée par le traitement de données peut, en justifiant de son identité, exercer une série de droits :

- obtenir, sans frais, une copie des données à caractère personnel la concernant faisant l'objet d'un traitement dans le cadre de la présente étude et, le cas échéant, toute information disponible sur leur finalité, leur origine et leur destination; obtenir, sans frais, la rectification de toute donnée à

caractère personnel inexacte la concernant ainsi que d'obtenir que les données incomplètes soient complétées ;

- obtenir, sous réserve des conditions prévues par la réglementation et sans frais, l'effacement de données à caractère personnel la concernant;
- obtenir, sous réserve des conditions prévues par la réglementation et sans frais, la limitation du traitement de données à caractère personnel la concernant;
- s'opposer, sous réserve des conditions prévues par la réglementation et sans frais, pour des raisons tenant à sa situation particulière, au traitement des données à caractère personnel la concernant ;
- introduire une réclamation auprès de l'Autorité de protection des données (<https://www.autoriteprotectiondonnees.be>, contact@apd-gba.be).

Comment exercer ces droits ?

Pour exercer ces droits, vous pouvez vous adresser au Délégué à la protection des données de l'Université, soit par courrier électronique (dpo@uliege.be), soit par lettre datée et signée à l'adresse suivante :

Université de Liège

M. le Délégué à la protection des données,

Bât. B9 Cellule "GDPR",

Quartier Village 3,

Boulevard de Colonster 2,

4000 Liège, Belgique.

Coûts, rémunération et dédommagements

Aucun frais direct lié à votre participation à l'étude ne peut vous être imputé. De même, aucune rémunération ou compensation financière, sous quelle que forme que ce soit, ne vous sera octroyée en échange de votre participation à cette étude.

Retrait du consentement à participer à l'étude

Si vous souhaitez mettre un terme à votre participation à ce projet de recherche, veuillez en informer l'étudiant réalisant ce travail de fin d'étude et/ou son Promoteur, dont les noms figurent sur la première page de ce document. Ce retrait peut se faire à tout moment, sans qu'une justification ne doive être fournie. Sachez néanmoins que les traitements déjà réalisés sur la base de vos données personnelles ne seront pas remis en cause. Par ailleurs, les données déjà collectées ne

seront pas effacées si cette suppression rendait impossible ou entravait sérieusement la réalisation du projet de recherche. Vous en seriez alors averti.

Questions sur le projet de recherche

Toutes les questions relatives à cette recherche peuvent être adressées à l'étudiant réalisant le travail de fin d'étude, dont les coordonnées sont reprises ci-dessus.

Je déclare avoir lu et compris les 4 pages de ce présent formulaire et j'en ai reçu un exemplaire signé par les personnes responsables du projet. Je comprends la nature et le motif de ma participation au projet et ai eu l'occasion de poser des questions auxquelles j'ai reçu une réponse satisfaisante.

Par la présente, j'accepte librement de participer au projet.

Nom et prénom :

Date :

Signature :

Si mineur :

Nom et Prénom du représentant légal :

Date :

Signature :

Nous déclarons être responsables du déroulement du présent projet de recherche. Nous nous engageons à respecter les obligations énoncées dans ce document et également à vous informer de tout élément qui serait susceptible de modifier la nature de votre consentement.

Nom et prénom du Promoteur :

Date :

Signature :

Nom et prénom de l'étudiant réalisant le travail de fin d'étude :

Date :

Signature :

Annexe 3: Les profils socio-démographique des familles

<u>Facteurs socio-démographiques famille A</u>	Au moment de la prise en charge : - au moment du dévoilement des faits - au moment de la prise en charge par Antigonne	Aujourd'hui
Age des membres de la famille	Mère avait 41 ans Père avait 47 ans Fils aîné avait 16 ans Fils cadet avait 10 ans	Mère a 43 ans Père a 49 ans Fils aîné a 18 ans Fils cadet a 12 ans
Etat civil couple parental (marié, divorcé, concubins, cohabitants légaux)	Mariés et 2 enfants	Mariés et 2 enfants
Statut socio-économique Profession, diplôme	Mme est comptable, travaille comme telle à 4/5ème (1/5 congé parental) Mr est militaire et travaille comme tel	Mme est comptable Mr est militaire Travaillent tous deux à temps plein.
Revenus	+/- 4500 euros par mois = revenus professionnels + revenu immobilier + allocations familiales	+/- 5000 euros par mois = revenus professionnels + revenu immobilier + allocations familiales
Situation géographique - lieu de vie familial	Maison familiale - arrondissement de Liège	Maison familiale - arrondissement de Liège

<u>Facteurs socio-démographiques de la famille B</u>	Au moment de la prise en charge : - au moment du dévoilement des faits - au moment de la prise en charge par Antigonne	Aujourd'hui
Age des membres de la famille	Mère avait 35 ans Père avait 45 ans Fils aîné de Mme avait 16 ans 2ème enfant avait 11 ans 3ème enfant avait 10 ans 4ème enfant avait 7ans 5ème enfant avait 6 ans 6ème enfant avait 14 mois	Mère a 41 ans Père a 51 ans Fils aîné de Mme a 23 ans 2ème enfant a 18 ans 3ème enfant a 16 ans 4ème enfant 13 ans 5 enfant a 12 ans 6ème enfant a 7 ans
Etat civil couple parental (marié, divorcé, concubins, cohabitants légaux)	14 ans de vie commune et 8 ans de mariage	1er entretien : 20 ans de vie commune et 15 ans de mariage 2ème entretien : le couple est séparé depuis 2 mois et envisage le divorce.

Statut familial	Famille recomposée : Mme a un fils issu d'un premier mariage Mr a 3 enfants d'un premier mariage	La situation est la même
Statut socio-économique	Mme dit être à charge de son mari et être femme au foyer. Mr travaillait dans le bâtiment comme ardoisier. Suite à un grave accident, ils ont bénéficié d'une indemnité mutuelle pendant plusieurs années. En parallèle, Le couple a travaillé bénévolement	Chômeur Tous deux sans emploi
Profession - diplôme	Mme a un diplôme d'aide soignante. Mr aucun diplôme.	identique
Revenus	Indemnité mutuelle : +/- 1200 euros par mois + allocations familiales pour 6 enfants	Allocation de chômage : +/- 1250 euros par mois + allocations familiales pour 5 enfants
Situation géographique - lieu de vie familial	Ils habitaient dans un logement loué autre que celui d'aujourd'hui situé dans une autre ville. Plusieurs déménagements ont eu lieu.	Ils habitent dans la maison du grand-père paternel

Annexe 4 : Liste des unités de signification

Famille A

Les parents

Qualités relationnelles et professionnelles

- fait preuve d'honnêteté
- de franchise
- est ouvert à l'échange
- a une attitude positive
- se montre soutenant
- engagé
- investi
- est clairvoyant
- quelqu'un avec qui on se sent en sécurité face à la crise
- un appui rassurant, sécurisant
- la considération
 - Par ex : nous considère comme une personne à part entière
- attitude non-jugeante, non-culpabilisante
- fait preuve d'empathie, d'une compréhension emphatique
- de bienveillance
- écoute activement
- apaisant
- prend spontanément de nos nouvelles
- s'intéresse à ce que l'on ressent
- s'intéresse à notre évolution, à l'évolution de notre situation
- s'informe sur la réalisation de nos buts : nous demande où on en est, comment ça se passe
- anticipe les rdv suivant, prenne du feed-back pour préparer l'entretien d'après
- maintien du lien thérapeutique entre les entretiens et tout au long de la prise en charge
- répond à la demande
- prise de relais par un collègue en l'absence de l'intervenant principal (principal intéressé par l'accompagnement) en vue de la continuité de soin, pour trouver une solution = réactivité, continuité, disponibilité, pour éviter qu'on ne se sente abandonnés, lâchés, seuls
- nous tient la main quoi qu'il arrive en répondant présent dès que c'est nécessaire
- a de l'entrain
- se montre efficace
- est flexible sur les horaires, sur le cadre
- sait faire preuve d'adaptation quand c'est nécessaire
- nous met dans une bulle
- on se sent protégé
- nous donne de l'information sur fonctionnement, sur le processus, sur le cadre de prise en charge
- sait faire preuve de disponibilité

- notion de clarté : questions et réflexions claires
- pose des questions qui piquent, qui sont pertinentes et dans un bon timing
- fait le point sur la situation : d'où vient-on ? Qu'en est-il aujourd'hui ? Vers où va-t-on ?
- donne du feed-back régulièrement
- a une expérience professionnelle dans le domaine de l'inceste fraternel
- a des connaissances théoriques et pratiques approfondies
- a des compétences en terme de prise en charge
- a une compréhension de notre situation - la connaît, s'est documenté, informé = expertise, expérience professionnelle solide
- a pris connaissance des faits
- Respecte nos besoins et ceux de nos enfants
- a une capacité d'adaptation
- prend en compte nos demandes
- prend en compte notre rythme
- porte son attention, un regard jugeant sur les comportements plutôt que sur l'individu, sur l'être
- fait preuve d'anticipation (par rapport aux difficultés, aux événements, à la crise, ...)
- est réactif
- respecte la confidentialité - le secret professionnel
- chacun son rôle, sa place, son cadre, son patient, ...
- sait communiquer entre intervenants sur les différentes prises en charge - positions complémentaires
- veille à la continuité de soins
- questionne en invitant à la réflexion - vise notre intérêt - la recherche de bien-être
- pousse à la réflexion
- bouscule sans mettre la pression
- quand perdu, nous aide à y voir clair - à faire des choix pertinents, importants, les meilleurs pour la personne
- Adapte son cadre en fonction des besoins de la personne, du rythme et de l'évolution de la situation, des objectifs fixés
- les rdv organisés, planifiés à l'avance mais aussi improvisés en fonction de leurs besoins : la planification - la prévisibilité mais aussi l'adaptation au contexte de vie de la personne, aux événements familiaux
- utilise la reformulation quand c'est utile
- se sent concerné, responsable de l'évolution, du changement, de la prise en charge
- sait qu'elles sont leurs responsabilités et les assument vu la situation dramatique qu'est la nôtre : nous sommes dévastés, perdus, chamboulés, désarçonnés et eux sont là pour nous
- s'implique réellement par rapport à ce qu'on vit et nous aide à retrouver un équilibre dans le chaos
- participe au processus d'évolution en étant mobilisable
- adopte une attitude normalisante à notre égard
- pas de préjugés, d'aprioris à notre égard
- Intervient en connaissance de cause, sur base d'un dossier complet (partages entre intervenants)
- sait quoi faire, comment faire, nous piloter, nous guider, nous aider à construire pour l'avenir
- adopte une attitude professionnelle, ne prend pas pour lui notre histoire, notre souffrance

- chacun à sa place
- discours positif, optimiste, réconfortant

Eviter : limites de l'intervention

- Ce qui les met mal à l'aise dans la prise en charge
- la froideur
- de se montrer directif
- d'influencer l'accompagné
- d'être suggestif par rapport aux réponses de l'accompagné
- que les réponses soient induites par rapport aux hypothèses de l'intervenant
- de ne pas communiquer un minimum même si thérapeute d'un autre membre de la famille
- qu'il n'a pas de ligne directrice, de lien, de fil conducteur
- de ne pas recevoir des conclusions
- le flou
- le manque de feed-back
- la surcharge, le sentiment d'envahissement, trop rythmé, trop d'entretiens ou trop rapprochés; de ne plus faire que de parler de leur situation problème, de ne penser qu'au suivi, à la procédure, ...

Par rapport aux objectifs

- savoir qu'après les rdv chez la juge, il y aurait un débriefing avec notre accompagnateur
- adaptation et négociation de nouveaux objectifs en tenant compte des attentes de la juge mais en gardant à l'esprit l'intérêt premier de notre famille
- prise de recul, mise en perspective des attentes de la juge
- donne des explications par rapport au discours et demandes de la juge = meilleure compréhension des enjeux => ce qui est source d'apaisement
- avancement progressif dans la réalisation de tâches, de petits objectifs
- évaluation, modifications possibles si trop difficile à atteindre : pas tjr en réussite mais l'échec n'est pas forcément mauvais en soi, un apprentissage.
- nous invitait à la réflexion entre les séances sur l'un ou l'autre sujet
- nous invitait à adopter telle ou telle attitude vis-à-vis d'un autre membre de la famille, d'un de nos enfants
- faisait le bilan lors des séances suivantes : bien, moins bien, à modifier
- fixait de petits objectifs à atteindre de séance en séance avec une évaluation, une adaptation si nécessaire : But progresser à notre rythme, petits pas par petits pas. Sentiment de réussite, de pouvoir d'action, de compétence, d'aller un peu mieux, de retrouver de l'espoir.
- définition d'objectifs concrets, proposition de tâches précises, explicites, claires.
- recherche l'approbation des accompagnés par rapport aux objectifs
- pose des questions, précise, vérifie si les personnes ont compris ce qui est à faire, comment le faire.
- met en confiance
- favorise le sentiment de compétence chez la personne
- expérimentation par une mise en situation, des jeux de rôle
- propose des pistes de solutions

- rend les obstacles franchissables
- fiabilité
- co-pilote
- l'intervenant donne la main, tire et pousse vers le haut, jamais vers le bas, quelqu'un sur qui on peut compter
- aide à monter marche après marche pour ne pas rester en bas de l'échelle
- instaure une dynamique ludique par rapport aux questions/réponses : attractif, agréable, stimulant même quand questions embêtantes et dérangeantes. Ces questions au final nous poussent à avancer, à se remettre en question, à progresser, au changement
- enrobe, sait comment aborder des sujets plus difficiles
- nous amène à nous confier en toute confiance
- respecte si on cale, fait preuve de patience mais n'abandonne pas, revient plus tard sur le sujet quand on davantage prêt, reporte la discussion, ne nous lâche pas, tient son fil conducteur
- fait du lien entre les différentes séances, feed-back, évaluation, rediscute des sujets plus compliqués, plus sensibles
- nous invite à y repenser de notre côté
- nous accompagnait dans la réflexion, si pas possible => dédramatise, encourage, ...
- Reformulation des objectifs en fonction de nos besoins, de notre évolution, de notre vécu
- si on se trompait, ils nous rééguillaient dans la bonne direction
- impliquer dans la concrétisation de nos objectifs
- 2 types d'objectifs : objectifs individuels, personnels et les objectifs familiaux
- on a toujours l'impression que ce sont nos objectifs même si parfois ils nous semblent flous et qu'on n'en comprend pas toujours le sens
- on comprend après la mise en oeuvre où l'intervenant voulait en arriver, prend sens après avoir agit, mise en pratique des tâches - peut être en lien avec le résultat obtenu et le feed-back de l'intervenant, la réflexion
- nous aide à gagner en autonomie

Par rapport au plan d'action

- n'en ont pas entendu parler clairement
- l'intervenant avait son plan d'action en tête
- il savait ce qu'il faisait, où il allait
- en pleine tornade, tsunami, pas conscience de ce plan d'action
- on se laissait guider
- on tentait de faire face à la vague comme si on était sur une planche de surf et qu'on essayait de ne pas tomber
- des buts entre chaque séances fixés, à réaliser
- l'intervenant utilise des images symboliques pour nous aider à garder la tête hors de l'eau
- nous aidait à franchir une étape à la fois, mettre brique par brique, reconstruire doucement
- nous aidait à opérer un détachement par rapport à ce qui était compliqué
- nous demandait de ne rien faire si trop dans l'action, si trop dans le contrôle

- nous aidait à penser et à agir autrement, à modifier nos perception, notre vision du monde
- redéfinir nos attentes par rapport à l'avenir de notre fils : objectifs personnels, réalistes
- il semait de petites graines qui ont poussé et depuis peu, pour certaines ont pu germer
- les idées reçues suivent leur chemin
- mise en pratique des outils reçus quand on est prêt même plusieurs mois, plusieurs années après, idées qui raisonnent en nous longtemps après les avoir entendues
- cheminement personnel
- assimilation progressive
- aide à utiliser les outils, les clés, les solutions retenues, les ressources identifiées, les compétences développées en cours de prise en charge
- se sentent compétent pour transmettre les outils, les clés à leurs enfants
- intervenant est le pilote /la famille le co-pilote : en mode pilote automatique
- l'intervenant est naturel
- pas d'explication théorique quant au fonctionnement, à la prise en charge
- Impression que l'intervenant connaît le parcours du début de la prise en charge jusqu'à sa clôture, sait comment ça va se passer
- connaît les obstacles que l'on risque de rencontrer sur notre route
- prévient une évolution en dents de scie
- chacun fait sa part du travail, chacun accompagnant - accompagné à sa part du chemin à parcourir dans le processus thérapeutique
- aide à franchir les obstacles, les étapes les unes après les autres
- anticipe nos faiblesses, nos fragilités
- connaît les épreuves éventuelles à rencontrer
- a l'air de connaître toutes les ficelles du métier de thérapeute
- posture professionnelle tout en restant naturel, spontané
- pas de stéréotype du psychologue
- met les gens à l'aise
- est un guide, un accompagnateur
- point de vue de l'intervention, l'intervenant recherche à définir le problème, en quoi c'est un problème, ce qui nous embête concrètement
- il nous met sur la piste mais c'est à nous de trouver les réponses aux questions
- nous aide à sortir de notre zone de confort, pas toujours agréable mais utile
- besoin de structure, de cadre, de lignes directrice, de balises, d'étapes à franchir définies mais pas forcément explicitées
- l'intervenant avait sa structure de prise en charge, ses lignes directrice en tête mais ne nous les a pas partagé clairement

Les savoir-technique

Déroulement de la prise en charge

- l'intervenant posait des questions qui piquent
- identifie et pointe avec justesse ce qui pose problème, les sujets sensibles, complexes

- à la fin de la séance, l'intervenant nous demandait comment on se sentait et nous donnait un tâche pour l'entretien suivant
- évaluation de la tâche et de son opérationnalisation en début d'entretien suivant
- nous donnait à réfléchir sur un thème, une phrase, un feed-back pour la semaine suivante
- glissait les points fort de la discussion au bon moment
- conduisait à une remise en question personnelle, à un processus d'introspection
- formulait des questions qui en amènent d'autres
- utilise des termes choques (tel que comportements castrateurs) pour pousser à la réflexion et trouver comment agir autrement => But = inviter au changement
- les idées abordées restent dans notre esprit longtemps, on y réfléchit à de nombreuses reprises seul pour un jour donner sens et permettre une remise en question et l'adoption de nouvelles stratégies comportementales

Besoins

- Au début de la prise en charge du service Antigone, besoin de quelqu'un sur qui s'appuyer d'une présence bienveillante, apaisante
- qu'on nous aide à sortir la tête hors de l'eau
- qu'on nous apporte des réponses à nos questions
- de comprendre l'origine du problème (recherche de causes éventuelles à la transgression sexuelle dans la fratrie)
- d'une compréhension de la question de la transmission intergénérationnelle
- de comprendre certains schémas personnels, familiaux
- de reconstruire ce qui a été détruit par le passage à l'acte
- de construire demain
- de continuer à vivre malgré nos peurs, notre culpabilité, notre épuisement, le regard jugeant d'autrui, de se protéger et de se replier sur nous-mêmes
- de retrouver de l'envie, de la motivation à prendre du plaisir comme en allant au restaurant
- on eu la sensation de n'être plus que concernés par la situation problématique en lien avec la transgression de leur fils, de n'être plus occupé qu'à ça
- de quelqu'un de rassurant, qui leur donne des autorisations et les aide à se recentrer sur les priorités et leur bien-être familial
- l'intervenant dans ce cadre d'épuisement mental, a adopté un langage motivationnel
- a donné des tâches motivationnelles pour faire face aux obstacles et retrouver confiance en l'avenir
- on avait besoin qu'on nous guide, qu'on pilote pour nous en situation de crise
- qu'on nous aide à regagner en autonomie face au chaos de notre situation

Changement

- ils ont amorcé un changement, un mieux-être
- ils ont amorcé une envie de poursuivre le processus thérapeutique, de continuer à prendre soin d'eux
- la dynamique du couple a évolué : plus de communication, de soutien, d'entraide, un autre équilibre où chacun a pu trouver une meilleure place

- Toutefois, la dynamique relationnelle père/fils aîné reste complexe et conflictuelle
- ont le sentiment que leur situation est stable mais qu'il reste du chemin à parcourir
- ils se disent revenir de loin = Tsunami est passé, l'eau est redevenue calme mais reste trouble

les obstacles

Externes

- la collaboration avec l'IPPJ,
- la position du juge de la jeunesse (discours pas tjr cohérent et constructif, fort jugeant et culpabilisant, les attentes particulières). En réponse à cet obstacle, le service Antigone occupait un rôle d'intermédiaire, de clarification par rapport aux attentes et objectifs de la juge
- ils aidaient à la compréhension, au décodage de ce qu'elle disait, demandait, ...
- ils reformulaient de façon audible les propos de la juge
- ils expliquaient ses décisions, ses remarques.
- après les audiences, ils étaient à ramasser à la petite cuillère, le service Antigone nous aidait à faire face en nous rassurant.

Internes/personnels, individuels

Mme : mon tempérament, la gestion du quotidien, des évènements, des choses compliquées : c-à-d besoin de contrôler - de maîtriser les choses avec trop ou pas assez d'énergie; le fait que j'occupe bcp de place et en laisse peu à mon mari

Les ressources

propres à la famille

- le couple = fondations de la famille
- la solidarité dans ou du couple parental/conjugal face aux obstacles
- la confiance mutuelle dans le couple
- la communication
- leur attachement aux uns et aux autres
- le fait d'avoir accepté d'être mal, fragile et d'avoir besoin de médicaments pour tenir le coup émotionnellement et physiquement
- la famille élargie : grand-père, grand-mère maternelle pour les enfants
- et la justice qui s'est positionnée par rapport à l'interdit de l'inceste même si les décisions, les sanctions n'ont pas tjr été comprises et constructives

Donc la thérapie de couple : But = prendre soin des fondations

- le service Antigone est une ressource considérable, essentielle pour nous face à la crise = d'ailleurs notre ressource principale
- les directions des écoles de nos fils qui ont facilité le retour en cours, ont joué un rôle protecteur et de prévention par rapport à une éventuelle victimisation secondaire pour notre fils cadet
- l'intervenant ne questionnait pas directement et explicitement nos ressources, on n'a pas cherché à les identifier telles quelles.
- on a utilisé nos ressources intuitivement lors de l'opérationnalisation des tâches prescrites par l'intervenant

- l'intervenant faisait appel à nos ressources sans en parler clairement, sans les nommer clairement pour atteindre nos objectifs
- pas de travail d'analyse explicite de nos ressources
- une autre de nos ressources : la littérature scientifique, les contes pour enfants, les thérapies alternatives

Quels objectifs ont été atteints ?

- L'intervenant est valorisant à notre égard
- on continue d'avoir besoin de leur aide même si on a pu gagner en autonomie
- sentiment mitigé par rapport à notre évolution et la réussite de l'ensemble de nos objectifs parce qu'on reste fragiles
- on a trouvé un apaisement mais pas convaincu que ce soit fini

La prise en charge ne sera jamais totalement clôturée. Il est rassurant de penser que notre dossier est dans une armoire et qu'on peut les réinterpeller à n'importe quel moment. Ils restent présents à la demande si nécessaire.

Moyens utilisés

- le dialogue - la communication
 - la réflexion
 - le questionnement
 - le feed-back
 - l'expérimentation
 - la mise en situation
 - l'utilisation de métaphores
- Ils n'ont pas rendu de feed-back définitif, pas fait d'évaluation de la prise en charge générale. Ils ont utilisé le retour d'information, l'évaluation tout au long du processus thérapeutique. Ils préfèrent que cette évaluation globale de la prise en charge n'ait pas lieu car ce serait un peu comme dire au-revoir définitivement au service Antigone.
 - Ils ne voient pas le mot FIN à cette histoire, ont encore besoin de temps et de cheminer seul et ensemble avec l'aide d'intervenants pour les accompagner dans leur évolution, pour atteindre le changement désiré.

Unités de signification du jeune

Par rapport au début de la prise en charge du service Antigone

- les entretiens du service Antigone ont débuté dans le cadre de l'IPPJ : 3 premiers contacts
- mis comme dans une bulle protectrice
- les entretiens = zone de travail, de confort et de sérénité
- j'ai compris que le travail thérapeutique allait avoir une autre importance
- l'attitude de l'intervenant était différente, la posture, la façon d'être plus positive et encourageante
- elle avait des objectifs dès le départ qui étaient fixés
- on connaissait la direction dans laquelle on allait avec des buts à atteindre
- le travail thérapeutique était clair tout de suite
- j'avais le sentiment que j'allais bosser, que ce ne serait pas simple mais que ce serait constructif
- l'intervenante amenait les sujets difficiles de façon douce et respectueuse, acceptable
- on avait le sentiment qu'on aurait des résultats
- le cadre était prédéfini par le mandat judiciaire qui comprenait les conditions et les objectifs généraux à atteindre
- la présentation de la prise en charge et du cadre s'est faite de façon simple, naturelle
- il y a eu une mise en confiance rapidement
- grâce à l'honnêteté et la franchise de l'intervenante
- le plan d'action était clair
- ma première impression était bonne
- j'ai eu vite confiance et je me suis relativement vite confié, je me sentais en totale confiance (100%) avec la psychologue d'Antigone
- cadre de prise en charge sécurisant
- la présentation du cadre était importante et claire : les enjeux, les objectifs, les limites, les autorisations, le processus, le fonctionnement, le secret professionnel, ...
- les grandes lignes directrices dépendaient du mandat du juge de la jeunesse mais le contenu des entretiens, c'est l'intervenante et moi qui le construisions ensemble au fur et à mesure de la prise en charge
- une relation accompagnant - accompagné authentique parce que se sentait libre et en sécurité
- pouvait plus facilement se montrer honnête, les enjeux étaient différents de ceux d'avec l'IPPJ
- Antigone a fait un vrai travail en profondeur
- c'était plus facile de collaborer
- perspectives d'avenir rassurantes et positives
- position non jugeante de l'intervenant à mon égard
- je pouvais me confier, parler de questions intimes, revenir sur la transgression sexuelle sans me sentir jugé
- l'attitude de la psy était la même tout le temps même quand on évoquait les faits de l'abus
- je me sentais respecté, considéré en tant que personne
- la disponibilité à tout moment, même après la clôture de la prise en charge

Les qualités relationnelles

- Bienveillance, respect
- position et compréhension empathique de la situation
- une grande capacité d'adaptation de la part de l'intervenant : pouvait adapter son cadre, ses questions et les objectifs si nécessaire, en fonction de l'évolution de la situation et de mon état d'esprit, ma capacité à répondre, à avancer
- a une expertise, une expérience, des connaissances professionnelles, théoriques et pratiques
- prenait en compte mon vécu, mon ressenti, mes besoins
- on a appris à nous connaître rapidement = apprivoisement positif
- ils savent formuler correctement leurs questions et savent comment aborder les sujets complexes et douloureux
- intervention douce, non violente, non confrontante
- rend du feed-back continuellement, une réflexion peut se faire après coup
- une intervention qui favorise notre évolution
- les remarques, les retours d'informations permettaient de voir les choses autrement, de les réfléchir autrement

une limite de l'intervention soulevée

- j'aurais aimé que l'approche utilisée soit davantage adaptée à ma personne : plus personnalisé en privilégiant le canal sensoriel visuel, je suis plus visuel, je retenais mieux les choses quand on utilisait des outils visuel en entretien
- l'impact était plus important sur moi - favorisait une meilleure réflexion
- aime pas trop être dans le dialogue, il me faut de l'action
- je me remémore plus les choses après les entretiens, restent plus longtemps en tête, plus de sens

Par rapport au partenariat

- c'était un vrai partenariat thérapeutique
- une vraie alliance accompagnant - accompagné
- ils intervenaient sous contrainte mais il y avait une vraie volonté à intervenir et à contribuer au processus de prise en charge
- un vrai et entier engagement de l'intervenant
- disponibilité
- réactivité face à la demande d'aide
- capacité d'adaptation quand c'était plus dur pour moi
- écoutait activement
- les temps d'entretiens correctes, 45 min - 1h max, suffisant pour avancer et faire ce qu'il fallait : plus confortable, supportable

Fonctionnement

- l'intervenante amenait un sujet que l'on abordait, discutait, réfléchissait en séance
- nous laissait cogiter seul entre les séances
- puis on en reparlait à la séance suivante, faisait le point

- puis on abordait un nouveau point quand le précédent avait fait son chemin
- ce qui faisait avancer le processus d'accompagnement et de changement
- la co-intervention : un vrai duo d'intervention familial
- ils étaient bons ensembles, complémentaires, compétents, préparés, ils se connaissaient, fluide
- ils amenaient les choses pour que ça percute mais avec douceur, ça coulait de source avec eux
- rendaient du feed-back constructif en fin d'entretien
- les questions posées étaient parfois dérangeantes mais pas gênantes. C'était fait dans le but de nous aider et pour qu'on évolue dans le bon sens.
- une intervention pertinente, efficace qui donnait des résultats positifs
- on était bousculé mais on comprend pourquoi aujourd'hui, vu les résultats obtenus

Les objectifs qui ont pu être travaillés avec la psy d'Antigone

- anticiper la sortie de l'IPPJ
- le retour à l'école
- le projet de l'internat
- le retour en famille, retrouver ma place, une place sécurisée
- le retour en société après placement en IPPJ : effet de stigmatisation
- comment faire face aux difficultés de la vie quotidienne, au jugement d'autrui
- le retour à la réalité : l'accès au luxe en-dehors de l'IPPJ, redécouvrir la liberté
- développer et expérimenter de nouvelles compétences en résolution de problème
- il y avait les objectifs imposés par la justice et puis ceux que l'on négociait avec la psy en séance pour atteindre les objectifs de la juge
- on se mettait d'accord sur les objectifs poursuivis et sur comment on allait procéder pour les réaliser ensemble
- il y avait les grandes thématiques de bases et les sous-objectifs fixés de commun accord entre accompagnant et accompagné
- on réfléchissait ensemble à comment les atteindre
- dans l'ordre qu'on voulait, comme on voulait
- l'avancement était progressif, à notre rythme

But : atteindre les objectifs globaux = lignes directrices de la justice = répondre aux conditions et aux attentes de la juge de la jeunesse

- les sous-objectifs étaient fixés de séances en séances
- ils étaient discutés en début de rdv
- on suivait une trame mais sans y coller tout le temps, on pouvait s'adapter
- on pouvait agir autrement, modification des moyens utilisés tant qu'on y arrivait, qu'on atteignait l'objectif fixé
- plus confortable, plus appréciable, plus facile et efficace
- une recherche de solutions personnalisées permettait de dépasser les obstacles, les blocages rencontrés dans le processus, l'opérationnalisation
- le contenu était négocié entre l'intervenante et moi
- souvent les grandes lignes étaient retranscrites dans le rapport destiné à la juge

But ultime = évoluer, progresser et retrouver une tranquillité, ne plus adopter de comportements inadaptés socialement pour ne plus retourner en IPPJ = principal moteur motivationnel par rapport au désir de changement

- même si souhaitait que ça se passe mieux avec sa famille

Le plan d'action

- l'intervenant a pu nommer ces termes dans le cadre de la prise en charge et expliquer de quoi il était question
- utilisation d'un média visuel pour définir le plan d'action: outils SPHERES
- utilisation de l'échiquier = méthode SPHERES
- on a fait le point de où j'étais, où j'en suis, où je vais, où je voulais aller.
- nous a permis de voir ce qui était à changer, à modifier, à améliorer, à réorienter
- se mettaient d'accord sur les sujets, les objets à analyser, sur lesquels agir et sur le comment faire
- cet outil permet d'évaluer la situation du jeune, de se projeter, de progresser vers ses objectifs, de revoir ses priorités, de trouver du sens à ce qui a de la valeur à ses yeux et de renégocier ses priorités en douceur pour aller vers un changement
- outil qui permet de définir un plan de vie dans lequel se projeter concrètement
- permet d'évaluer si l'intervention continue dans le bon sens, si on poursuit tjr les mêmes objectifs fixés
- s'il faut aller dans le même sens ou non

Il y a une co-responsabilisation accompagnant - accompagné

- l'intervenant s'investit dans la construction du plan d'action, de vie de l'individu
- il s'engage sérieusement
- a eu l'impression d'avancer ensemble main dans la main comme des équipiers
- nos objectifs étaient leurs objectifs et vis-et-versa
- on avançait pour ne pas stagner. L'intervenant savait me motiver quand c'était nécessaire.
- elle était derrière moi, ne me lâchait pas même quand c'était très dur, me soutenait, m'encourageait à persévérer, à y croire.
- elle y a investi bcp d'énergie
- elle était très impliquée professionnellement, concernée par mes progrès
- ce qui m'a permis de toujours plus me dévoiler, me confier
- j'avais de + en + confiance
- une des compétences que j'ai pu développer = mettre des mots sur mon ressenti émotionnel, mon vécu et mes besoins
- j'ai pu me voir autrement : avant parler c'était être faible, aujourd'hui quand je parle, je suis plus fort, c'est parce que j'ai grandi, muri. Je sais demander de l'aide avant que ce ne soit trop grave comme pour les faits d'abus sexuel.
- je prends la mesure des conséquences de mes actes avant d'agir, je me donne le temps de la réflexion.
- j'ai changé : ma façon de faire et d'être a changé au cours du processus thérapeutique

Analyse de la dynamique de prise en charge globale

C'est comme si il était question d'un carré. où se trouve chacun des partenaires aux quatre coins du carré : jeune/famille; le service Antigone, les équipes EMA et le judiciaire (la juge de la jeunesse). Normalement, il devrait y avoir un 5ème partenaire - le SPJ mais il a été absent de toute la prise en charge.

Le jeune et la famille se trouve au milieu des 2 axes qui conduisent au service Antigone et à l'EMA avec qui ils collaborent étroitement dans le cadre de la prise en charge éducative et thérapeutique. Et dans le coin opposé à celui de la famille/du jeune, qui relie les 2 axes des services mandatés, la justice/la juge de la jeunesse. Le service Antigone jouait régulièrement un rôle d'intermédiaire, de médiateur, de facilitateur en terme de communication entre la juge et le jeune/ la famille, souvent en reformulant audiblement les propos tenus par la juge ainsi que ses attentes. Des comptes-rendu sur les suivis, sur la progressions vers les objectifs prescrits par Mme la Juge était rédigés, lu aux accompagnés et envoyés à la juge après avoir reçu l'accord, l'aval des intéressés sur le contenu.

Il y avait une communication continue entre les différentes entités de ce carré, l'information circulait dans l'intérêt des personnes accompagnées et dans le but d'une prise en charge opérationnelle et de qualité. Tout le monde s'accordait sur le projet thérapeutique, les rôles et missions de chacun. Ce qui facilitait grandement l'avancer du processus thérapeutique.

les savoir-technique

- Processus de prise en charge
- Description des étapes de la prise en charge:
- Mise en place du cadre
- Créer un climat de confiance: instaurer une relation de confiance en faisant connaissance
- Chercher à connaître qui j'étais, comment je fonctionnais en 5 séances
- Je raconte mon histoire personnelle : parcours social, scolaire, relations intrafamiliales, si d'autres problèmes avaient eu lieu par le passé, ...
- Analyse de la situation
- des questions ont été posées sur les faits, sur mes fragilités, mes faiblesses et sur mes points forts
- On a défini des objectifs de travail
- on a entamé le processus thérapeutique : réflexion, action, feed-back / évaluation, ... à plusieurs reprises pendant plusieurs mois (1 an 1/2)

Par rapport aux besoins

- Ceux identifiés pendant la prise en charge psycho-sociale par Antigone :
- besoin d'autonomie, d'indépendance
- de regagner la confiance de mes parents
- avoir plus de responsabilités et de liberté
- d'améliorer ma relation à mon père qui reste complexe et conflictuelle par moment
- qu'on se fasse plus confiance
- que ça change au niveau de la dynamique familiale

Par rapport aux ressources

Celles identifiées

- internes : la confiance en soi, le fait de savoir encaisser les coups et de tenir bon, d'être courageux, téméraire, volontaire, débrouillard, autonome, ...
- externes : ma mère, mon grand-père, le service Antigone, le mouvement de jeunesse = comme ma seconde famille, mes vrais amis qui étaient là avant les faits, le placement en IPPJ et aujourd'hui.

Par rapport aux obstacles

Ceux-identifiés

- ma gestion des problèmes avec impulsivité, ma trop grande réactivité face aux provocations, sans réfléchir aux conséquences de mes actes
- ma gestion émotionnelle
- ma relation à mon père

Avec le service Antigone, j'ai pu

- apprendre à me faire confiance, à faire confiance aux bonnes personnes
- à savoir demander de l'aide même si c'est compliqué de se montrer fragile
- à réfléchir avant d'agir
- développer des compétences en gestion de conflit, de problème
- a acquérir de nouvelles cartes dans mon jeu de carte = solutions pour répondre à mes besoins et pour mieux gérer mes problèmes
- accepter, accueillir, apprivoiser, redécouvrir mes émotions, développer des compétences dans le domaine de la gestion émotionnelle
- il dit avoir pu confier des choses tellement intimes qu'il n'en a jamais parlé à personne d'autres même pas à ses amis ou à sa maman car le cadre de prise en charge était vraiment très sécurisant et l'intervenante respectueuse de lui et de ses confidences personnelles.
- Le cadre et la relation de confiance ont favorisé une profondeur dans les confidences partagées par le jeune
- la notion de secret professionnel
- la transparence dans le cadre du contenu des rapports - lu avec lui
- l'implication effective de l'intervenant qui n'a pas peur de se mouiller pour donner de l'aide
- le non-jugement

Il a qualifié la relation d'aide de MAGIQUE car elle était pertinente, importante et qu'elle a permis qu'un changement s'observe, s'opère en l'espace d'une année. C'est incroyable pour lui.

La compréhension de la situation a permis la reconstruction de bases familiales solides = objectif principal pour le jeune. Cela a permis de recommencer, de prendre un nouveau départ, de se fixer des objectifs, de les atteindre à son rythme, de faire des choix, d'avancer tout en étant accompagné.

L'intervenant Utilisation d'images symbolique pour donner du sens à la situation, aux événements de vie

Ex: Le passage à l'acte = une bombe qui a tout fait péter

L'image du chimiste qui pour reconstruire doit faire plusieurs expériences en utilisant différents moyens et ingrédients avant de trouver la solution, le truc parfait

L'image de la construction de la maison en lego : si les fondations ne sont pas solides, ne tiennent pas, on déconstruit pour reconstruire plus solidement = lien avec le processus thérapeutique.

Mon objectif à terme = ne plus jamais retourner en IPPJ tellement l'expérience a été infernale à vivre

Comment ?

- en me donnant des outils
- en m'aidant à développer de nouvelles compétences
- en m'aidant à identifier mes forces, mes ressources, mes obstacles
- en m'aidant à trouver comment faire face de façon adaptée socialement
- à trouver à adopter des comportements socialement acceptables dans la gestion de la vie
- en définissant un plan de vie et de faire tout pour y arriver
- en m'aidant à éviter la rechute

les moyens utilisés par le service Antigone

- le dialogue constructif
- la réflexion
- en rendant du feed-back régulièrement, un récapitulatif à chaque fin de séance
- en utilisant des médias visuels
- par le jeu de rôle, l'expérimentation
- par l'évaluation
- en étant des guides dans notre réflexion sans nous opprimer
- en renvoyant les choses en miroir même celles compliquées et en les reformulant de façon à ce qu'elles percutent plus facilement

Qu'est-ce qui a changé ?

- j'ai fini mes études secondaires, obtenu son CESS
- je commence à travailler au mois d'août
- je vis tjr chez mes parents mais j'ai un projet de vivre en appartement
- bonnes relations familiales dans l'ensemble
- j'ai réintégré mon unité scout
- il pense avoir gagné en maturité pour faire face à l'avenir
- avoir pris la mesure de la gravité des faits par rapport à son frère et ses conséquences
- au niveau de son identité = est quelqu'un de plus posé, moins impulsif, plus dans la réflexion, sachant parlé de ce qu'il vit et sachant demander si nécessaire avant de commettre de nouveaux faits délinquants

Rôle du service Antigone dans le changement opéré

- guider sans faire à notre place
- pointer du doigt les sujets sensibles, ce qui posait problème
- fixent/négocient de bons objectifs = pertinents
- nous ont accompagné tout au long du processus
- en nous aidant à suivre la bonne direction
- il semait des graines qui poussent doucement et finissent par germer

- en progressant échelon par échelon sur l'échelle empruntée
- J'ai travaillé sur les facteurs de risque avec l'EMA et sur mes forces avec le service Antigone
- Chacun s'étant réparti le travail en concertation inter-équipe.
- Une bonne triangulation a pu avoir lieu.

Le service Antigone reste disponible après la clôture = reste une ressource en cas de difficulté.

Un maintien du lien thérapeutique symbolique, au-delà de la prise en charge réelle, d'après la clôture.

Par rapport au feed-back global de fin de prise en charge : il n'y en a pas eu parce que le feed-back se fait tout au long du processus de prise en charge. On peut évaluer les choses régulièrement et à chaque étape.

Unités de signification sur base des verbatim de la famille B

- le service Antigone aide face des évènements dramatiques qui bousillent une vie
- ils sauvent des vies
- ils ont changé notre vie
- ils font des miracles
- l'intervenant adapte son langage, utilise un langage familier, ce qui favorise l'alliance thérapeutique
- utilise des mots simples accessibles à tous
- évite les mots scientifiques
- ils ont permis de récupérer nos 5 enfants qui étaient placés en institution d'hébergement
- on a été jugé par la justice et la société mais pas par les intervenants du service Antigone
- Attention que le cadre peut représenter un obstacle à la collaboration, à la prise en charge
- L'intervenant qui vient à domicile, vient sur notre territoire et donc doit pouvoir tenir compte de notre présence même s'ils viennent pour voir nos enfants en individuel
- ils doivent pouvoir respecter notre autorité en tant que parents et ne pas nous disqualifier devant nos enfants en faisant respecter leur cadre de travail
- j'ai besoin de savoir comment mes enfants vont, comment leur prise en charge évolue et leur état aussi
- faut composer avec les parents, avec le cadre familial qui ne se prête pas tjr à un espace d'intimité et de confidentialité
- c'est le SPJ qui a mandaté le service Antigone
- nous avons bénéficié d'une thérapie de couple pour travailler la violence conjugale et la dynamique de couple
- les enfants ont été suivi par Antigone, suivi a débuté pendant leur placement en institution
- l'intervenant occupe une position - une attitude positive, optimiste à l'égard des accompagnés
- ils se montrent honnêtes
- ouvert au dialogue
- occupe une attitude neutre désaffectée - détachée par rapport aux faits de violence et les viols de mon mari
- l'intervenant a utilisé les paroles d'une chanson de Jacques Brel « Ne me quitte pas » pour faire écho en moi. Il y a eu cet écho et elles m'ont permis de comprendre ce que je pense, vis et ressens. C'était un sacré feed-back par rapport à notre relation/dynamique de couple car ce sont des phrases symboliques, pleines de sens qui conduisent à la réflexion. On prend conscience de ce qui se passe. Nous a permis de discuter de la situation problème.
- la qualité de la relation dépend de la sincérité - de la transparence de chacun qui permet d'avoir confiance
 - Dans notre histoire familiale, ce que nous vivons se reproduit de génération en génération : un climat familial de violence intra-familiale, de violence conjugale. Tout se dit sans filtre, sans limite. Climat familial incestueux.
- nos modèles parentaux n'étaient pas de qualité : perdu dans notre propre rôle de parent.
- l'intervenant doit être capable de s'adapter.
- pour nous ça passe ou ça casse avec les intervenants : soit ça fonctionne soit pas
- l'intervenant doit être direct dans ses propos, il ne met pas de gant, il va droit au but, il est cash
- important pour qu'on lui fasse confiance et pour qu'on collabore

- l'intervenant n'a pas une attitude jugeante à notre égard
- pas d'apriori
- l'intervenant doit pouvoir nous écouter et pas uniquement se fier au dossier
- occuper une position neutre et bienveillante
- ne pas utiliser nos propos contre nous auprès du SPJ
- l'intervenant du service Antigone laisse un vide après la clôture, un manque
- il a eu un impact positif sur nos vies
- mais reste disponible après la clôture, c'est rassurant et indispensable
- l'intervenant possède les qualités humaines relationnelles et professionnelles suivantes :
- écoute active
- pas d'idées préconçues
- a confiance en l'accompagné en son discours
- est quelqu'un qui s'intéresse réellement à nos intérêts et ceux de nos enfants
- qui intervient pour et avec nous
- il est ouvert
- disponible
- a un franc parlé, utilise un langage familier
- est naturelle
- a une expertise, connaît son métier, notre situation
- est clairvoyant, a un sens du discernement
- sait nous cerner rapidement, comprend vite qui on est et comment ça fonctionne avec nous
- il ne disqualifie pas les parents auprès des enfants, respecte notre autorité
- il est d'accord pour nous associer à la prise en charge de nos enfants quand c'est nécessaire
- ils nous considère comme des partenaires à part entière
- nous tient informé des points importants concernant l'évolution de nos enfants
- collabore avec nous dans l'intérêt de nos enfants
- il vise à ce que ce soit une prise en charge globale
- il nous considère sincèrement
- il nous implique dans notre prise en charge
- l'intervenant sait reconnaître ses erreurs et présenter ses excuses si nécessaire pour préserver le lien thérapeutique
- la communication est essentielle pour une bonne collaboration et une alliance thérapeutique
- l'alliance thérapeutique a pu avoir lieu avec certains sans problème et plus compliqué avec d'autres
- on a pu participer au partage d'information entre tous les intervenants, être des interlocuteurs
- on collaborait tous ensemble
- ils nous donnaient des responsabilités
- on tenait vraiment compte de notre point de vue
- par rapport aux objectifs fixés :
- par rapport à la violence conjugale : aider mon mari à se contrôler, à se maîtriser avant de passer à l'acte et de me frapper
- chercher des alternatives à la violence

- apprendre à anticiper le sentiment de colère, de frustration, l'explosion, ...
- apprendre quoi, comment réagir autrement, quels comportements adoptés plus appropriés
- on est des co-équipiers, on cherchait des solutions ensemble
- l'entraide
 - Ex: j'ai été frappée et violée pendant 14 ans, j'étais sous son emprise, je suis restée parce que j'ai gardé espoir qu'il change un jour
- l'intervenant a un rôle important à jouer en étant disponible n'importe quand : en personne ou par téléphone
- on a eu accès à un soutien de tout instant
- il répond à nos demandes d'aide quand on allait pas bien
- l'intervenant a permis que mon mari ne me frappe plus
- a permis un vrai changement du point de vue de la violence physique et du viol
- on a eu un sentiment de sécurité et de confiance avec et en présence de l'intervenant
- on a pu s'engager dans le travail thérapeutique
- une relation thérapeutique chaleureuse, une attitude professionnelle chaleureuse
- on a eu le sentiment d'être complices dans le processus thérapeutique = signe d'un vrai partenariat accompagnant - accompagné
- l'intervenant était authentique, vrai avec nous

les objectifs

- ils étaient fixés et définis par le SPJ
- puis en collaboration avec nous
- redéfinis entre nous et l'intervenant
- on avait notre mot à dire,
- on avait le droit de dire ce qui avait de la valeur et du sens pour nous
- définis en concertation, de commun accord
- quand les objectifs venaient de nous, on avait le sentiment qu'ils nous appartenaient vraiment, plus engageant
- il était question d'une guidance parentale, d'un soutien à la parentalité
- nous donnait parfois des conseils éducatifs
- nous rendait du feed-back constructif par rapport à leur réalisation

changements

- nous on permis de retrouver confiance en nous, en notre rôle de parent
- nous ont valorisé après que l'on ai été rabaissé par la justice et la société
 - Avant l'intervention du service Antigone, on a été qualifié de mauvais parents, des étiquettes culpabilisantes et jugeantes ont été collées sur nous
 - on a fini d'ailleurs par croire qu'on ne valait rien, on avait perdu l'envie de se battre pour récupérer nos enfants avant l'intervention du service Antigone
- ils ont eu une position et une attitude non-jugeante, déculpabilisante, valorisante à notre égard
- ils nous ont soutenu pour qu'on retrouve confiance en l'avenir

- ils nous ont permis de retrouver de l'espoir, de la motivation
- on s'est senti compétent à nouveau
- on a pu retrouver notre rôle parental et l'occuper auprès de nos enfants
- on a été à nouveau concerté sur des sujets importants par rapport à la vie de nos enfants (scolaires)
- on pouvait prendre de bonnes décisions pour nous et nos enfants
- on avait plus de crédit en tant que parents dans la vie de nos enfants

Moyens

- ils ont recherché nos forces, nos ressources, nos compétences
- nous ont aidé à en développer de nouvelles
- grâce à des entretiens motivationnels, à du feed-back positifs et constructifs
- une vraie écoute active

Plan d'action

- n'ont pas reçu de précision à ce sujet
- ils étaient guidés mais restaient maître à bord
- on nous orientait mais on avait le choix de suivre ou non
- on ne s'est jamais senti seul dans le processus de changement
- l'intervenant était impliqué
- ensemble, on a préparé le retour des enfants au domicile
- on a envisagé un plan de vie familial avec les enfants
- on a réfléchi à comment fonctionner ensemble après 3 ans d'absence, de placement
- on a dû se réadapter les uns aux autres : le service Antigone nous a aidé à y arriver, à trouver un nouvel équilibre
- au retour des enfants, nous avons mis un peu l'intervention de côté pour se retrouver en famille avec l'accord des intervenants
- il n'y a pas eu prescription de tâches par rapport à leur parentalité
- il n'ont pas du réaliser d'action concrète particulière
- on a réappris à fonctionner ensemble naturellement
- on a appris à vivre en prenant en compte les obstacles de la vie de tous les jours
- nous avons quand même reçu de petits exercices à faire en famille
- chacun devait faire des efforts pour assumer ses responsabilités
- on a dû trouver à rééquilibrer les choses au niveau de notre parentalité, de nos rôles parentaux
- on a dû s'adapter, s'ajuster dans le couple parental
 - Ex: par rapport à l'autorité : mon mari était trop autoritaire, voire violent et moi pas assez. Il a fallu qu'on se partage ce rôle pour trouver un équilibre plus sain, chacun a dû retrouver sa place dans le foyer
- les intervenants nous ont aidé à y arriver en nous soutenant dans la prise d'initiative
- si on avait un problème, on en parlait en entretien ou par téléphone
- on trouvait des solutions ensemble

- si je me posais des questions, ils m'aidaient à y voir plus clair et à trouver ce que je devais faire concrètement
- les questions sur nos rôles, nos tâches, nos relations à nos enfants venaient de nous.
- Antigone nous aidait à trouver nos réponses personnelles, en couple
- ils nous accompagnaient dans notre réflexion, nous stimulaient en réponse à nos interrogations
- leurs idées s'imbriquaient dans les nôtres
- on faisait en sorte de se retrouver dans les idées partagées
- nous aidaient à prendre conscience des enjeux, de nos besoins, des besoins de nos enfants
- nous aidaient à trouver des solutions adaptées

Les savoir-technique

Point de vue de l'intervention

- c'est le SPJ qui nous a prévenu de l'intervention du service Antigone
- premier contact a eu lieu par téléphone avec l'intervenant
- l'intervention auprès du couple a eu lieu au domicile
- pour les enfants, ça dépendait pour lequel et avec qui
- la thérapie de couple avait lieu tous les 15 jours +/-
- les rdv ont été espacés un peu avant de clôturer la prise en charge
- après, il n'y a plus eu que des contacts téléphoniques
- l'intervenant s'adaptait à la demande
- il aiguillait dans leurs rôle parental
- il pouvait être un soutien par téléphone en cas de besoin
- il était très disponible; ça se faisait en plus des consultations habituelles à domicile
- tous les intervenants étaient présents au retour des enfants à la maison : but = offrir un encadrement
- ils pouvaient intervenir à plusieurs, en co-intervention
- ils rédigeaient régulièrement des rapports au SPJ
- les rapports étaient formulés positivement, étaient encourageant et étaient lus en collaboration avec nous
- il n'y a pas eu de thérapie familiale
- thérapie de couple et individuelle pour tous les enfants

Les objectifs poursuivis

- la maltraitance physique et psychologique
- la violence conjugale
- la parentalité : travailler sur notre rôle de parent
- nous aidaient à franchir des caps, des étapes importantes et à nous y préparer
- on travaillait sur notre vécu de parent, de couple
- ainsi que le vécu des enfants
- sur les émotions, les comportements, les besoins de chacun et comment faire pour gérer
- on a travaillé la gestion des conflits au sein du couple et de la famille
- on a réfléchi la question de la sexualité : comment éviter le passage à l'acte, les frontières, le risque de dérapage, quelles limites et comment les appliquer ?

- instaurer le respect de la bulle intime de chacun par les autres
- les questions étaient orientées sur nos sentiments, la notion de bien-être
- on questionnait les relations fraternelles, parentales
- les intervenants nous impliquaient dans la prise en charge de nos enfants
- ils nous disaient les points essentiels où l'on pouvait être acteur, où l'on pouvait offrir notre soutien à nos enfants
- les intervenants communiquaient avec les parents par rapport à l'évolution des enfants
- après on pouvait parler avec nos enfants et chercher ensemble des solutions pour répondre à leurs demandes
- certains de nos enfants étaient entré dans l'adolescence à leur retour : plein de changements et de questions
- Antigone nous a aidé à faire face à ces changements et à savoir quoi faire avec eux au quotidien
- les enfants sont revenus avec de nouveaux besoins, parfois en crise et donc il nous a fallu le temps de s'adapter => on y est arrivé avec l'aide du service Antigone
 - Par ex : comment mettre des limites claires et les faire respecter sans être dans la violence ?
- ils suscitaient la réflexion
- ils nous aidaient à réfléchir à quelle réponse apporter aux enfants au cas où telle ou telle question se posait à nous
- Appris à jongler entre notre rôle de parent et notre vie de couple

Notre But = c'était de récupérer nos enfants, pouvoir jouer à nouveau notre rôle de parent

- l'intervenant nous accompagnait face aux questions en lien avec notre rôle de parent, dans les questions concernant les besoins de nos enfants
- il suscitaient la réflexion
- il nous aidait à trouver les réponses à apporter si telle ou telle question se posait par rapport à nos enfants
- nous aidait à réfléchir par rapport à nos positions parentales si nos enfants adoptaient tel ou tel comportement, s'ils abordaient l'un ou l'autre sujet compliqué, face à leurs demandes
- il nous aidait aussi par rapport à la question de la violence conjugale
- il nous aidait à développer des stratégies pour éviter la violence
- on pouvait les expérimenter, y réfléchir ensemble et recevoir du feed-back de l'intervenant
- il nous donnait des outils éducatifs pour répondre aux besoins de nos enfants, pour répondre adéquatement à leurs comportement et nous aidait à savoir comment réagir face à leurs réactions émotionnelles
- l'intervenant amène des petits éléments qui suscite notre réflexion, notre mise au travail
- on recherchait ensemble des solutions à ce qui posait problème
- on expérimentait ces solution dans notre quotidien avec les enfants
- après on en reparlait en séance avec l'intervenant pour savoir ce qui fonctionne ou pas et pour ajuster si nécessaire
- on mettait les solution en pratique tout seul de notre côté
- le fait que les intervenants communiquent avec nous au sujet de nos enfants sans lever le secret = très bien parce qu'ainsi on pouvait en reparler avec les enfants.
- on avait une matière sur laquelle s'appuyer pour ouvrir le dialogue avec nos enfants
- ces échanges facilitaient les interactions avec les enfants

Les besoins

- on n'a pas vraiment parlé de besoin
- la seule chose qui était importante pour nous, c'était de récupérer nos enfants, de reformer une famille
- l'intervenant a pu nous parler des besoins de nos enfants
 - par exemple : « Si votre fille ou votre fils vous parle de telle chose ou de telle chose, comment allez-vous y réagir ? »
- L'intervenant amenait de petits éléments de réflexion et nous on y réfléchissait de notre côté, on travaillait dessus
- ils nous donnaient des petits outils et nous on avait plus qu'à les mettre en pratique
- un besoin = que Mr ne me massacre plus => l'intervenant a amené des choses pour que cela ne se reproduise plus, des solutions pour faire autrement que de me frapper
- il m'a aussi donné des conseils pour que j'arrête de l'infantiliser et pour le responsabiliser, pour que j'arrête de jouer le rôle de sa mère
- mes besoins = être une femme, être considérée comme un être humain, gagner en autonomie, ne pas rester attachée à quelqu'un qui me frappe, être capable de vivre indépendamment d'un homme violent qui me dicte ma vie
- il fallait que je me rende compte que je pouvais y arriver
- je ne me croyais pas capable de vivre seule, j'avais peur de perdre mes enfants, de les blesser en quittant leur père, et bien aujourd'hui je me suis séparée et je demande le divorce.
- je ne me croyais pas capable de subvenir seule aux besoins de mes enfants ...
- j'avais besoin de ne plus être sous l'emprise de mon mari, de me libérer et de protéger mes enfants
- l'intervenant petit à petit, à l'aide de phrases valorisantes, positives, encourageantes, motivantes, de feedback sur mes capacités, j'ai fini par y croire
 - Ex: « Tu es un être humain, tu peux le faire. Ai confiance en toi, en tes ressources. »
- il m'a fallu plus de 3 ans pour tilter mais aujourd'hui, j'ai compris le message de mon psy qui résonne dans ma tête tout le temps.
- Ses phrases m'ont conduite à réfléchir longtemps et souvent et m'ont invité au changement
- je n'ai plus peur, si quelque chose ne va pas, maintenant, je le dis alors qu'avant je me taisais par peur de me faire frapper
- c'est à ça que l'intervenant voulait que j'arrive, et ça y est. Il voulait que je ne me laisse plus faire et que je me fasse respecter. Et bien, j'y arrive.
- j'ai droit au respect, à l'amour, j'ai droit à tout ce qu'un être humain à droit
- = changement de croyances identitaires chez Mme
- j'ai intégré de nouveaux éléments sur qui je suis
- je ne me perçois plus comme avant, je suis différente
- j'ai gagné en autonomie
- j'ai confiance en moi
- je me suis affranchie de l'emprise de mon mari pour mon bien et celui de mes enfants
- le discours de l'intervenant m'y a beaucoup aidé
- j'ai mis en pratique tous les petits trucs que j'ai appris grâce à mon intervenant
- j'écoute mon psy, il est ma petite voix intérieure

Les obstacles

- pour moi, l'emprise de mon mari
- je regrette de ne pas avoir pu parler seule avec l'intervenant en-dehors de la présence de mon mari
- je regrette qu'on se soit bcp plus centré sur notre rôle de parent et pas assez sur la dynamique de couple
- si la violence de couple avait continué, je sais qu'on aurait jamais récupéré nos enfants
- ma confiance en moi, mon estime personnelle
- mes croyances par rapport au rôle de mère, de femme, par rapport au couple

La définition du problème

- c'est venu de fil en aiguille, tout naturellement
- plus on avançait, plus on avait confiance et plus on se livrait
- ça a été un cheminement basé sur la confiance
- on a eu le sentiment de pouvoir parler de choses qui nous faisaient mal sans peur de représailles du SPJ
- ce qui nous a aidé = la confiance, le nombre de rdv avec les intervenants et les contacts téléphoniques quand c'était nécessaire
- la présence du SPJ et du service Antigone = protecteur contre la violence conjugale, et intrafamiliale
- le fait de pouvoir communiquer, c'était essentiel, dans toutes les relations quelle qu'elles soient.
- c'est un peu comme un puzzle, l'intervenant nous donne les pièces et nous on assemblait notre puzzle par nous même, on construit, on emboîte les pièces les unes après les autres
- il nous aiguille pour qu'on trouve seul finalement
- il nous donne des clés, c'est à nous de les utiliser correctement
- le but = ce n'est pas qu'on fasse le travail à notre place
- c'est à nous de travailler pour y arriver mais avec leur soutien
- ils nous donnaient les outils puis nous on les utilisait comme bon nous semblait
- si on faisait des erreurs, ils nous le disaient et nous aidaient à nous corriger
- on réfléchissait tout le temps ensemble
- ils ne faisaient pas à notre place mais avec nous

Les ressources, points positifs, compétences

- capable de rendre facilement service
- capable d'assumer tout dans le ménage et avec les enfants
- ma force de caractère d'avoir enduré tout ça pendant 20 ans
- j'ai été opérée à plusieurs reprises, jamais Mr ne m'aurait aidé, et bien, je me suis débrouillée toute seule même si je souffrais de douleur
- j'ai toujours tout géré mais personne ne m'a jamais aidé quand j'en avais besoin
- je pense avoir enfin pu utiliser mes ressources après plusieurs années car j'ai enfin décidé de me séparer et d'oser demander le divorce.
- grâce à toutes les petites phrases fortes de mon psy
- elles me sont restées en tête tout le temps, même si parfois je les laissais ranger dans un coin de ma tête.
- il a suffi d'une phrase de mon mari et elles sont revenues comme un boomerang et là, j'ai compris

- il y avait tjr de la violence psychologique, des phrases assassines et devant les enfants ainsi que du chantage affectif
- grâce aux phrases positives et importantes du psy, j'ai su dire STOP
- je n'ai plus eu peur de perdre mes enfants et de ne pas m'en sortir seule dans la vie
- je suis une mère, une femme mais aussi un être humain, merci mon psy de m'avoir permis de le comprendre
- mon psy a été un guide, un soutien émotionnel dans ce chemin parcouru
- il m'a aidé à prendre une décision essentielle mais très compliquée
- je suis quelqu'un d'autre, je pense autrement et j'ai d'autres besoins que j'écoute aujourd'hui
- l'intervenant m'y a autorisé
- j'ai pu redéfinir mes projets d'avenir, voir l'avenir autrement, rêver d'autre chose
- j'y ai droit et mes enfants aussi
- mes ressources familiales sont mes enfants, ma mère, ma maison
 - exemple de phrase dite par l'intervenant qui m'ont encouragé à changer : « ce n'est pas une vie, qu'il fallait être avec une personne à part entière et que du moment où on était pas bien avec quelqu'un dans une relation toxique, alors il fallait mieux être seule que mal accompagné. »
- il m'a invité à de nombreuses reprises à me faire confiance
- je suis quelqu'un qui enregistre ce que l'on me dit et je m'en sers quand cela m'est utile
- il a fallu que je comprenne qu'on avait un dossier de misère pour que j'apprenne à fonctionner correctement.
 - « Il a fallu que je me retrouve le nez dans le caca pour que je réalise et que j'essaie de changer même si ça a pris du temps »
- j'emmagasinai et je gardais les consignes en tête
- je n'étais tout simplement pas prête à les agir tout de suite, il m'a fallu du temps

Changement

- je suis devenue meilleure dans tout ce que j'entreprends grâce au service Antigone
 - j'ai gagné en indépendance, en estime, j'ai retrouvé du pouvoir sur ma vie en me libérant
 - je suis « Wonder Woman », une super maman capable de prendre soin de moi et de mes enfants
- « je gère tout le monde avec une main de fer dans un gant de velour »

le fait de pouvoir répondre aux besoins de mes enfants fait que j'ai de la valeur à mes yeux et aux leurs
 je croyais qu'il fallait mieux rester avec mon mari dans l'intérêt de mes enfants, mais en fait non. Ils vont bcp mieux depuis la séparation.

l'intervention a eu un impact sur les croyances et la vision du monde de Mme, ce qui a invité, et permis le changement

naissance d'autres besoins = d'être aimée pour elle-même, respectée, d'être une bonne mère, ...

j'ai connu la violence toute ma vie, je trouvais ça normal. j'ai vu ma mère être battue et trompée.

= Reproduction intergénérationnelle

Donc, il y a eu une remise en question de ce que je connaissais, de ce en quoi je croyais depuis tjr et que je considérais comme normal.

l'intervenant m'a également montré et appris comment on traitait une femme en essayant de l'apprendre à mon mari

son comportement m'a invité à penser que cela était possible

l'intervenant a également su comprendre mon non verbal quand je me sentais mal, en difficulté et alors il m'aidait, il m'amenait doucement à répondre à ses questions sans me mettre en danger

j'ai retrouvé une joie de vivre que j'avais perdu depuis très longtemps et mes enfants aussi

Par rapport à la question de l'intimité : aujourd'hui, plus de problème, chacun sa bulle, tout le monde la respecte

on est ouvert, on parle de tout de sexe comme d'autres choses parce qu'ils deviennent des ados et ils faut qu'on en parle, qu'on communique pour qu'ils sachent quoi faire.

Par exemple : ma fille vient d'avoir ses règles, les hormones la travaillent, et bien on en parle de femme à femme. Elle peut avoir confiance en moi, je suis là pour répondre à ses questions.

On respecte l'intimité de tous, on frappe avant d'entrer dans une pièce où l'autre est nu ou occupé.

Clôture

c'est le SPJ qui a dit que c'était terminé, qui a mis fin au mandat

on s'est téléphoné pour se dire au-revoir, aussi bien les enfants que nous

Par rapport au feed-back, il avait lieu systématiquement lors de l'entretien suivant. C'est comme ça qu'on commençait les entretiens

Ex : « Alors comment la semaine s'est-elle déroulée ? Depuis qu'on s'est vu, comment les choses ont-elles évoluées ? on commençait les entretiens : Et depuis l'autre jour, ... ? »

on lui partageait notre vécu, notre ressenti et on travaillait déçu ensemble

il nous menait vers d'autres pistes si cela n'avait pas été comme on voulait

il nous guidait dans notre réflexion : « On aurait p-e du penser à ça ou encore à ça ? Qu'en pensez-vous ? »

Je me suis sentie en sécurité tout au long de la prise en charge, en confiance

je sais que si j'ai besoin de les recontacter, c'est possible même s'ils n'interviennent plus. C'est confortable et rassurant.

Un autre changement, aujourd'hui, je pense que je serais capable de porter plainte contre mon mari s'il se montrait à nouveau violent. Je le ferais sans hésitation contrairement à avant. Je le ferais aussi pour protéger mes enfants.