

Balises cliniques pour l'accompagnement des situations de danger

Sophie Tortolano, chercheuse

Christine Vander Borght, direction du projet

Co-responsables du projet

Dr Philippe Kinoo (Clin. univ. Saint-Luc) et Dr Muriel Meynckens

Supervision scientifique

Professeure Pascale Jamouille UMONS/UCL

Avec le soutien de Madame Evelyne Huytebroeck,
Ministre de l'Aide à la Jeunesse de la Fédération Wallonie-Bruxelles,

À l'initiative de la Direction Générale de l'Aide à la Jeunesse,
Mesdames Liliane Baudart et Françoise Mulkey,

Avec la collaboration du Groupe « Institutions »,
Centre Chapelle-aux-Champs de l'Université catholique de Louvain

« Là où croît le péril, croît aussi ce qui sauve »
Hölderlin

Sommaire

Remerciements	3
Introduction	4
Mode d'emploi	8
I. LES FICHES GÉNÉRALISTES	9
Fiche I. 1. Construire une représentation	10
Fiche I. 2. Analyse de la demande*	12
Fiche I. 3. Analyse du degré d'urgence*	14
Fiche I. 4. Analyse croisée de la parole de chacun	17
Fiche I. 5. Le réseau* professionnel	19
Fiche I. 6. Le réseau* primaire ou naturel	21
Fiche I. 7. La collaboration	22
Fiche I. 8. Ressenti et réflexivité du travailleur	24
II. LES PROBLÉMATIQUES CRITIQUES	26
Fiche II. 1. La maltraitance physique	28
Fiche II. 2. La maltraitance psychologique	31
Fiche II. 2. Bis. Conflits conjugaux et séparations conflictuelles	34
Fiche II. 3. Les négligences graves	36
Fiche II. 4. La maltraitance sexuelle	40
Fiche II. 5. La maltraitance institutionnelle	45
III. APPROFONDISSEMENTS THÉMATIQUES	47
Fiche III. 1. Les enjeux relationnels	49
Fiche III. 2. Troubles de l'attachement*	50
Fiche III. 3. Signes de souffrance du nourrisson à l'adolescent	53
Fiche III. 3. 1. Le nourrisson	54
Fiche III. 3. 2. L'enfant (après trois ans)	57
Fiche III. 3. 2. 1. Signes de souffrance de l'enfant	59
Fiche III. 3. 3. L'adolescent	67
Fiche III. 3. 3. 1. Signes de souffrance chez l'adolescent	67
Fiche III. 4. Signes de souffrance de l'adulte	73
Fiche III. 5. Souffrances des familles	78
Fiche III. 6. Souffrances liées aux migrations	80
Fiche III. 7. Souffrances liées à la précarité*	83
IV. NOTIONS	85
V. BIBLIOGRAPHIE	113
VI. REMERCIEMENTS	117
VII. TABLE DES MATIÈRES	119

Remerciements

Nous remercions chaleureusement toutes les personnes qui ont participé à la réalisation de ce projet. Elles sont présentées en fin de document.

Nous remercions plus particulièrement, les personnes suivantes pour leur accompagnement attentif tout au long du processus :

Le comité d'accompagnement scientifique constitué de : Liliane Baudart, Directrice générale de l'aide à la jeunesse, Françoise Mulkay, Directrice de la Direction des méthodes, de la recherche, de la formation et des statistiques au sein de la Direction générale de l'aide à la jeunesse, Stéphanie De Paepe, Collaboratrice à la Direction des méthodes, de la recherche, de la formation et des statistiques au sein de la Direction générale de l'aide à la jeunesse, Marie Thonon, conseillère à la cellule aide à la jeunesse du Cabinet de Madame Evelyne Huytebroeck, Martine Colpant, Conseillère de l'aide à la jeunesse de Namur, Marie-Pierre Gadenne, Conseillère adjointe de l'aide à la jeunesse de Mons, Anne-Marie Renard, Conseillère adjointe de l'aide à la jeunesse de Bruxelles, Lydia Lacorte, Conseillère de l'aide à la jeunesse de Charleroi, Muguette Poncelet, Directrice de l'aide à la jeunesse de Neufchâteau, Marc-Antoine Rion, Directeur de l'aide à la jeunesse de Nivelles.

Le « Groupe d'experts cliniciens reconnus par leurs pairs » : Prof. Emmanuel de Becker, pédopsychiatre, professeur de pédopsychiatrie UCL, chef de clinique aux Cliniques universitaires Saint-Luc à Bruxelles, coordinateur de l'équipe SOS-enfants des Cliniques Saint-Luc à Bruxelles, Dr Carine De Buck, psychanalyste, pédopsychiatre, directrice médicale du Centre Médical Pédiatrique Clairs Vallons, Dr Thérèse Delattre, pédiatre dans l'équipe SOS enfants de Charleroi, Déborah Dewulf, responsable des équipes SOS enfants de l'ONE, Pascale Gustin, psychanalyste, psychologue clinicienne au Service de Santé Mentale le Chien Vert, formatrice associée au Centre de Formation aux Cliniques Psychanalytiques avec les adultes et avec les enfants, CFCP – FCPE, actuelle Présidente de la WAIMH belgo-luxembourgeoise, Reine Vanderlinden, psychologue clinicienne (en maternité) et formatrice dans le champ de la périnatalité (Groupe Inter disciplinaire de Périnatalité) et de la petite enfance (en crèche, en unité pédiatrique, dans le secteur de l'aide à la jeunesse, etc.) , Dr Frédérique Van Leuven, psychiatre au Centre psychiatrique Saint-Bernard.

Introduction

Faisant suite aux préoccupations de la Directrice Générale de l'Aide à la Jeunesse, à propos de l'élaboration de « balises cliniques pragmatiques » susceptibles de soutenir le travail quotidien des agents des SAJ et SPJ dans leur questionnement face aux situations d'enfants en danger, le Groupe « Institutions » du Centre Chapelle-aux-Champs de l'Université catholique de Louvain, a accepté de relever le défi : constituer une équipe de recherche afin d'élaborer des outils pertinents au service de ce questionnement.

Les services de l'aide à la jeunesse et les services de protection judiciaire assurent un grand nombre de tâches : analyse et évaluation des situations, prises en charge et accompagnement, travail de prévention. Parmi l'ensemble de ces tâches, le diagnostic des situations de danger en constitue une des facettes les plus ardues. L'accompagnement de ces situations confronte les agents à l'incertitude, au doute, au sentiment d'urgence et aux charges émotionnelles qui les caractérisent.

Nous avons cherché à comprendre le système actuel de soutien à la pratique des agents des SAJ et des SPJ. Si les questions de danger restent au centre des préoccupations de tous les intervenants de l'enfance, force est de constater qu'en cette matière, dès que l'on s'y trouve directement confronté, tout apparaît fort complexe.

À l'initiative de la Direction Générale de l'Aide à la Jeunesse, plusieurs recherches¹ ont déjà été réalisées autour de cette thématique et constituent une ressource précieuse. Ces recherches ont mis en évidence les dimensions sociales, culturelles et institutionnelles qui concourent à complexifier le travail d'évaluation et d'accompagnement des agents, mais également, celui des professionnels des champs connexes. Il importait cependant de rendre accessibles aux agents les données issues de ces recherches, tant au niveau de l'analyse des demandes que de leur orientation ensuite vers une mesure d'aide, que celle-ci soit consentie ou contrainte.

Sans occulter les dimensions précitées, et sans omettre ni la saturation généralisée des services, ni la complexification des situations auxquelles le réseau d'aide et de soin est confronté, notre objet de recherche s'est centré sur la construction d'un outil efficace visant à soutenir les pratiques dans ces contextes de vulnérabilité.

Dans le délai d'une année qui nous était imparti, nous avons opté, avec Sophie Tortolano, psychologue clinicienne et chercheuse, pour une méthodologie basée sur le croisement des savoirs. Si les références théoriques et conceptuelles ont occupé une bonne part de notre intérêt, nous avons privilégié l'axe des savoir-agir et des savoir-être issus des pratiques. Le défi à relever impliquait d'intégrer et de rendre accessibles des savoirs issus des champs de la psychologie clinique et de la pédopsychiatrie aux pratiques des agents de l'aide à la jeunesse et à leurs réalités de terrain.

¹ - CFIP : Vers la pratique de l'évaluation des situations de danger

- RTA : L'évaluation des situations de danger dans les services publics de l'aide à la jeunesse : quelles balises ? <http://www.aidealajeunesse.cfwb.be> rubrique études et recherches

Les fiches qui sont présentées dans ce document ont été construites en mobilisant et en croisant trois lieux de savoir et d'expertise.

➤ **Les savoirs professionnels des agents des SAJ et des SPJ**

Après leur avoir explicité la démarche de recherche, nous avons réalisé, au sein de plusieurs SAJ et SPJ² des entretiens de groupe semi-dirigés autour de « pré-fiches » préalablement lues et travaillées par les équipes rencontrées. Afin qu'ils soient de véritables « passeurs de savoirs », les professionnels présents étaient des agents expérimentés. Ces entretiens ont permis d'affiner et de compléter les repères traduits dans les fiches. Celles-ci ont été conceptualisées par les agents eux-mêmes, ce qui devrait les rendre directement opérationnalisables dans les contextes de travail de l'aide à la jeunesse. Elles se veulent les plus congruentes possibles avec les pratiques.

Pour repérer à quels moments et comment pourraient être utilisées les fiches, et mieux comprendre les réalités de terrain, nous avons pratiqué l'observation participante pendant une semaine dans deux services de l'aide à la jeunesse. Grâce à ces observations *in situ*, les fiches ont été adaptées aux différents contextes de travail. Nous avons également pu dégager, avec les agents, des profils de situations de danger, de crise, d'urgence et les meilleures pratiques pour les accompagner.

➤ **Les savoirs de professionnels cliniciens**

Une série d'entretiens individuels ou collectifs exploratoires ont été réalisés auprès de cliniciens³, d'orientation analytique et systémique, qui font état d'une pratique et d'une expertise probantes dans l'accompagnement d'enfants, d'adultes et de familles confrontés ou ayant été confrontés à des situations de danger ou de grandes difficultés. Nous avons rencontré des psychologues, psychothérapeutes, pédopsychiatres, assistants sociaux, infirmières, pédiatres, médecins généralistes. Ces professionnels travaillent dans des services spécialisés ou généralistes, dans l'hospitalier, en ambulatoire ou dans les différents services de l'aide à la jeunesse.

Nous avons également constitué un groupe d'experts cliniciens « reconnus par leurs pairs ». Ce groupe s'est réuni à trois reprises en respectant une méthodologie dénommée « entretiens collectifs avec retours ». Cette méthodologie basée sur la mutualisation des savoirs de professionnels de formation et de parcours différents, a permis, d'une part, de dégager les points de vigilance clinique indispensables à l'évaluation et l'accompagnement de situations de danger et d'autre part, de construire les *fiches* « problématiques critiques » les plus sensibles. Le groupe d'experts a validé l'outil après avoir proposé certaines modifications.

➤ **Les savoirs de la littérature scientifique**

Les références aux textes, articles et livres ont été permanentes. Nous les mentionnons dans la bibliographie. Nous avons jugé utile d'établir un répertoire des 48 *notions* qui nous semblaient importantes à mieux définir pour être en mesure d'étayer la compréhension des *fiches*.

² SAJ : Bruxelles, Charleroi, Marche, Mons, Namur, Neufchâteau et SPJ : Nivelles, Marche en Famenne, Neufchâteau

³ Voir remerciements en fin de document

Pour conclure

A partir de données cliniques probantes, nous avons donc cherché à élaborer un ensemble de balises pragmatiques destinées à guider les agents des SAJ et SPJ dans l'évaluation des situations de danger, en tenant compte des questions à se poser au cas par cas des situations toujours singulières. L'outil n'a pas vocation à se substituer au sens clinique de l'agent mais bien à l'accompagner dans le processus d'analyse et de questionnement qui précède les décisions.

Le matériel récolté dans les trois lieux d'expertise et de partage de savoirs a été traduit sous forme de « balises cliniques de questionnements pragmatiques » selon la mission qui nous a été confiée. Nous avons choisi de dégager des savoir-faire et des savoir-être issus du croisement des différents terrains d'expertise et des différents champs de savoirs, pour construire les vingt « fiches » qui constituent l'élément central de notre production.

Il ne s'agit pas de se référer à une grille d'évaluation. Cet ensemble de balises est formalisé, sous forme de *fiches*, de manière à donner des repères dans un protocole de questionnement progressif et concret, permettant alors aux agents de construire un diagnostic de l'état de danger perçu, d'en mesurer son degré d'urgence et de gravité. Ce processus de recherche se clôture sur la réalisation de *balises* de questionnement ouvrant sur la vision large et complexe d'une situation souvent annoncée comme un problème à résoudre.

Comme l'est une carte de navigation, les balises que nous vous proposons sont des points de repères pour les professionnels. En aucun cas elles ne peuvent être considérées comme un apprentissage à la navigation dans les eaux troubles des maltraitances suspectées. Apprendre à nager est affaire d'oser se lancer à l'eau. La lecture seule n'y suffit pas.

Christine Vander Borgh
Psychologue clinicienne
Membre du Groupe "Institutions"

Mode d'emploi

Les Balises cliniques pour l'accompagnement des situations de dangers sont constituées de trois parties complémentaires à mettre en dialogue les unes avec les autres au cas par cas. Il s'agit des *fiches généralistes*, des *fiches* concernant des *problématiques critiques* et des *fiches d'approfondissement*. En annexe, des *Notions* et une *Bibliographie* sont proposées afin d'étayer et d'ouvrir les réflexions.

Comment utiliser ces outils ? L'utilisateur peut décider de son itinéraire dans la consultation des *fiches* selon ses besoins : soit en fonction de la question qui se pose à lui, soit en fonction du stade d'intervention dans une situation, soit en fonction d'une thématique particulière. L'ensemble des *fiches* a été conçu dans la complémentarité, les unes renvoyant aux autres. Cependant, chacune des *fiches* peut aussi être utilisée isolément.

L'enfant est le terme générique le plus souvent utilisé dans les *fiches*. Il ne se réfère pas une tranche d'âge mais au statut occupé au sein d'une famille. Néanmoins, l'âge de l'enfant est une donnée essentielle. Certaines *fiches* insistent sur la distinction à opérer entre les stades de développement du nourrisson, de l'enfant et de l'adolescent.

Les astérisques* renvoient à la définition du mot dans les *Notions*.

I. Les fiches généralistes

Les 8 *fiches* généralistes permettent d'organiser le recueil des informations actuelles et antérieures à propos d'une situation adressée aux conseillers de l'aide à la jeunesse ou aux directeurs de l'aide à la jeunesse. Afin d'investiguer les différentes dimensions à l'œuvre dans une situation, d'en dégager les enjeux principaux et de construire la représentation la plus fine possible de l'enfant et des composantes familiales, l'utilisateur doit, autant que faire se peut, traverser l'ensemble de ces *fiches* généralistes.

Elles sont un préalable indispensable à l'évaluation d'une situation et à la prise de décision qui en découle.

II. Les problématiques critiques

Cette partie traite plus spécifiquement du champ de la maltraitance. Elle est subdivisée en 5 *fiches* : la maltraitance physique, la maltraitance psychologique, les négligences graves, la maltraitance sexuelle et la maltraitance institutionnelle.

III. Approfondissements thématiques

Comme son intitulé l'indique, cette partie est complémentaire aux deux premières. À partir d'une analyse des composantes de la situation (les deux premiers jeux de *fiches*), certaines dimensions peuvent requérir des approfondissements ou des éclairages supplémentaires.

La consultation des fiches suivantes est à mettre en relation avec les fiches généralistes : les souffrances du nourrisson à l'adolescent, les souffrances de l'adulte et les souffrances de la famille à partir des éléments discriminés dans les deux premières parties de l'outil.

Dans tous les cas, il nous semble important de tenir compte des enjeux relationnels à l'œuvre, ainsi que des contextes sociaux et culturels éventuellement présents (souffrances liées aux migrations et souffrances liées à la précarité).

IV. Notions

Cette annexe constitue un répertoire de notions à consulter soit parce qu'une fiche y renvoie, soit pour mieux comprendre certains enjeux d'une situation. Construite de façon collective, chacun des auteurs signe sa contribution. Cette partie réfère également à des ouvrages clés de la littérature scientifique en matière d'accompagnement de situations de danger.

V. Bibliographie

La bibliographie reprend des ouvrages, articles et sites pertinents pour étayer les connaissances.

I. LES FICHES GÉNÉRALISTES

Fiche I. 1. Construire une représentation	10
Fiche I. 2. Analyse de la demande*	12
Fiche I. 3. Analyse du degré d'urgence*	14
Fiche I. 4. Analyse croisée de la parole de chacun	17
Fiche I. 5. Le réseau* professionnel	19
Fiche I. 6. Le réseau* primaire ou naturel	21
Fiche I. 7. La collaboration	22
Fiche I. 8. Ressenti et réflexivité du travailleur	24

I. LES FICHES GÉNÉRALISTES

Fiche I. 1. Construire une représentation

Objectif : Construire une représentation, pour soi et partageable, de la situation dans sa complexité et dans son historicité.

Questions clés :

- Quelle est l'histoire de cette famille et de cet enfant ?
- Cette représentation doit rester dynamique et évolutive. Construite à plusieurs voies/voix, elle doit maintenir une logique du « et » et non du « ou ». Elle se centre sur les besoins de l'enfant selon son âge et ses capacités. Que vit cet enfant/ce jeune dans cette situation à ce moment donné ? Qu'a-t-il vécu avant ? Que risque-t-il de vivre s'il n'y a pas de changements ?

Il est important de garantir que le fil rouge* du parcours de l'enfant soit tenu. Devenu plus grand, ou adulte, cet enfant voudra peut-être un jour questionner et comprendre son histoire et son parcours, ainsi que retrouver des personnes ayant travaillé avec lui ou avoir accès à son dossier

Autant que faire se peut et dans un temps rapproché, pour toute demande, on cherchera à :

- Construire une représentation la plus complète possible de la situation familiale de l'enfant ou des enfants (famille nucléaire, élargie, séparée, recomposée, etc.).
- Construire une représentation la plus complète possible des sous-systèmes du groupe familial : couple, parents, grands-parents, fratrie,...
- Construire une représentation du quotidien du nourrisson, de l'enfant/du jeune (ressources et manques) et de son vécu.
- Construire une représentation de l'histoire de l'enfant et de sa famille.
- Porter une attention à l'ensemble des enfants qui composent la fratrie même si la demande porte sur un seul enfant.
- Construire une représentation la plus complète possible des intervenants et acteurs extra-familiaux en présence actuels et passés.
- Comprendre la demande, son parcours et ses enjeux.

- Faire circuler la parole de chacun dans la famille et veiller, lorsque l'enfant/le jeune est présent, à ce qu'il comprenne ce qu'il fait là. S'il n'est pas là, veiller à ce que lui soit expliqué ce qui se passe pour lui et cela dans la mesure de ses capacités de compréhension, par nous-mêmes ou par un partenaire « de confiance ».
- Clarifier et énoncer les places et fonctions des intervenants, les possibilités et les limites de chacun, ainsi que le sens et le cadre de la proposition d'aide mise en place en s'assurant de la bonne compréhension de ceci par la famille et par l'ensemble des intervenants⁴.
- Chercher à établir une collaboration sur *base d'un consentement* suffisamment éclairé* de la famille et de l'ensemble des intervenants. Le rôle des intervenants est d'abord de tenter de construire une relation d'aide avec la famille, de façon directe ou en associant des partenaires. Il s'agit de nouer un lien de confiance et une alliance.

Pour en savoir plus :

- Consentement*
- Face à la maltraitance*
- Fil rouge*

⁴ Voir également la recherche menée par Jean Blairon pour RTA L'évaluation des situations de danger dans les services publics de l'aide à la jeunesse : quelles balises ? Rubrique études et recherches sur <http://www.aideala jeunesse.cfwb.be>

Fiche I. 2. Analyse de la demande*

Objectif : Clarifier la demande.

Derrière une demande, il y a souvent un parcours qu'il est intéressant de retracer. Une demande explicite peut en cacher une autre ou plusieurs autres, et par ailleurs, une demande, même clairement formulée, peut cacher certains besoins de l'enfant ou de la famille.

Une non-demande ne signifie pas qu'une intervention soit inutile. Les protagonistes d'une même situation peuvent avoir des demandes différentes. Une demande ou une non-demande nécessitent toujours un travail de décodage.

Questions clés :

Quelle que soit la manière dont le service est sollicité :

- Qui demande ?
- Quoi ?
- À qui ?
- Pour qui ?
- Qui se plaint de quoi ?
- À partir de quels éléments déclencheurs ?
- Est-ce la première demande ? Si non, que s'est-il passé depuis la précédente demande ?
- Pourquoi cette demande aujourd'hui ?

A. S'il y a un signaleur

- Le SAJ ou le SPJ doit-il/peut-il rester en lien avec la personne qui a réalisé le signalement ?
- Pourquoi a-t-elle signalé ?
- Quelle est son inquiétude ?
- Que sait-elle de la famille et de l'enfant ?
- Cela s'inscrit-il dans un cheminement avec la famille ou est-ce le fruit d'une inquiétude récente ?
- Quelle place donne la famille à cet intervenant ? Quelle place lui donner dans notre intervention ?

B. Si l'enfant, le parent ou la famille se présentent accompagnés d'un membre de son réseau* naturel

Identifier le rôle, la place et l'importance que cette personne tient pour le parent, l'enfant, la famille.

- Quel soutien peut-elle apporter ?
- Que dit-elle de la situation ?
- Quelle place lui donner ?

C. Si l'enfant, le parent ou la famille adresse une demande à la suite d'un travail d'élaboration réalisé, en amont, avec un intervenant ou un service

Identifier le sens de la demande aujourd'hui, dans ce contexte, et sa temporalité. Si cette demande est pertinente, une collaboration peut alors se construire à partir de ce que la famille et l'intervenant ont pu élaborer précédemment et dans le respect des cadres de chacun.

Pour en savoir plus :

- Analyse de la demande*
- Réseau*
- L'analyse de la demande et sa grille de lecture in - MEYNCKENS-FOUREZ M., HENRIQUET-DUHAMEL M.-C., 2005, *Dans le dédale des thérapies familiales – un manuel systémique*, Érès-Relations, Toulouse
- NEUBURGER R., 1980, Aspects de la demande : la demande en psychanalyse et en thérapie familiale, *Thérapie familiale*, 2, 133-144

Fiche I. 3. Analyse du degré d'urgence*

Objectifs : Identifier s'il s'agit d'une urgence*, d'une crise* ou d'une situation qui perdure. Déterminer le degré d'urgence actuelle et son impact sur l'enfant et sur la famille.

Dans cette analyse, l'âge de l'enfant et les éléments de bienveillance/maltraitance qui l'entourent sont des indicateurs essentiels. Les décisions prises doivent autant que faire se peut éviter que l'enfant ne soit ballotté et viser à installer un climat de sécurisation. Ce climat est nécessaire pour l'enfant bien sûr, mais également pour la famille qui bien souvent attend une aide, mais craint aussi des mesures qu'elle pourrait vivre comme contraignantes.

Questions clés :

- Quel est le problème ?
- Comment se pose-t-il ?
- Depuis quand ?
- Quelles sont les inquiétudes des acteurs en présence, sur base de quels indices et de quels faits ?
- Qu'est-ce qui se passe pour ce nourrisson, cet enfant, ce jeune, quels signes alarmants présentent-ils ?
- Dans cette situation : comment agir ?
- Quelles sont les priorités ?
- Quelle est la part d'urgence qui doit être traitée dans l'immédiat ? Et quelle part peut être différée ? Que se passerait-il si les personnes n'avaient pas demandé d'aide ?

A. Est-ce une urgence* ?

Y a-t-il un risque immédiat et vital ? Que risque-t-il de se passer s'il n'y a pas d'intervention rapide ? Une urgence, c'est ce qui ne peut être différé. Une décision doit être prise. Et, dans toute la mesure du possible, avec les parents eux-mêmes

Dans une situation d'urgence :

- Avant tout, protéger l'enfant.
- Ensuite prendre le temps de comprendre et d'évaluer ce qui se passe.

- Expliquer aux enfants le sens de l'intervention et la responsabilité décisionnelle et protectionnelle assumée par les adultes.
- Veiller à ne pas les balloter d'un lieu à l'autre.
- Expliciter, sans tarder, aux parents ou aux adultes responsables, le sens de la décision prise en explicitant qu'il s'agit d'une protection pour eux également. C'est nécessaire de prendre valablement soin de son enfant. Il en va de leur dignité.
- Evaluer la capacité *réelle* de chacun à collaborer et à mettre en œuvre la protection de l'enfant.
- Maintenir la position en se référant éventuellement à une législation adéquate au cas où le parent est en désaccord avec la décision.

B. Est-ce une crise*?

S'il n'y a pas urgence, qu'il n'y a pas de danger vital, la question devient :
Que se passerait-il sans intervention à court terme, si personne ne passe dans cette famille, si personne ne rencontre les personnes concernées?

Dans une situation de crise :

- Se donner les moyens d'intervenir.
- Mettre en place une aide permettant d'apaiser la situation.
- Evaluer si l'intervention a des effets sur l'état de crise. Qu'est-ce qui s'améliore, qu'est-ce qui perdure ?

S'il semble y avoir apaisement :

- La crise est-elle dépassée ?
- Une compréhension des événements a-t-elle pu en être dégagée ?
- Des changements significatifs ont-ils pu permettre un retour à un nouvel équilibre en évitant la répétition des événements qui ont entraîné la crise ?
- Le service peut-il se retirer ou faut-il maintenir un cadre assurant un suivi, une attention, une protection?

Si la situation de crise a tendance à perdurer, à se répéter ou à s'exacerber :

- Comment le comprendre ?
- Faut-il proposer une autre forme d'aide et d'intervention ?
- Cela cache-t-il une problématique plus large et plus complexe ?
- Comment la mettre au travail ?

C. Est-ce une situation de danger ou de dysfonctionnement chronique ?

Dans une situation de danger récurrent :

- Évaluer la situation de l'enfant en tenant compte des ressources et des limites de la famille et construire une intervention pour protéger et sécuriser l'enfant en collaboration avec les parents dans la mesure de leurs possibilités réelles et en tenant compte des ressources du réseau (professionnel et naturel).
- Évaluer régulièrement les effets réels de l'aide et la collaboration effective de la famille en se concentrant sur l'état de l'enfant dans le temps actuel et les conséquences de celui-ci sur son développement.

Dans une situation sans danger immédiat mais qui ne peut perdurer comme telle :

- Ne pas se précipiter. Si cette situation dure depuis longtemps, rien ne va changer du jour au lendemain.
- Ne pas transformer une situation qui dure depuis longtemps en une urgence. Ce serait alors l'urgence du professionnel et non celle de la famille.
- Prendre le temps de se demander comment s'y prendre pour rencontrer au mieux les personnes concernées par la situation et nouer un lien de confiance pour pouvoir travailler avec cette famille.

Pour en savoir plus :

- Crise*
- Urgence*
- AUSLOOS G., 1995, première partie : Le temps, *La compétence des familles*, Erès-Relations, Toulouse.

Fiche I. 4. Analyse croisée de la parole de chacun

Objectif : Prendre en compte la parole de chacun des protagonistes

Dans toute situation, il est important que chaque protagoniste puisse s'exprimer, comprendre les enjeux de la situation et le sens des décisions. Il y a un langage commun à créer en s'assurant d'un niveau correct de compréhension et d'expression entre tous. C'est particulièrement essentiel pour l'enfant lui-même, quel que soit son âge. Il convient qu'une personne soit garante de l'expression de sa parole et de sa bonne compréhension ou éventuellement son porte-parole s'il n'a pas encore suffisamment la maîtrise du langage verbal. Il est nécessaire que l'enfant puisse poser des questions et recevoir des réponses adaptées à son âge.

Questions clés :

- Dans cette situation, ont-ils pu tous s'exprimer ?
- Les messages des protagonistes ont-ils bien été compris ?
- Pour évaluer la situation et prendre des décisions, le Conseiller/le Directeur a-t-il croisé la parole de chacun des protagonistes (enfant, adolescent, père, mère, « quasi-parents », intervenants, personne qui a réalisé le signalement) ?
- Le délégué a-t-il pu expliciter à tous les protagonistes le sens de son intervention et des décisions prises ?
- Qu'est-ce que chacun a compris de ce que l'agent de l'aide à la jeunesse a dit ?
- Les mesures ont-elles bien été explicitées ?
- La parole a-t-elle circulé à ce propos tout en assumant la position qui a été prise ?

A. Le nourrisson (enfant de moins de trois ans)

Que montre-t-il ? Y a-t-il des bilans de développement moteur et psychologique, des observations de développement et de comportement en crèche ou par d'autres intervenants ? Que disent les tiers, familiers ou professionnels ? Qui peut faire état de ce que vit quotidiennement le nourrisson ? Que disent les professionnels et les proches de l'enfant au quotidien ? Qui peut assurer qu'il soit accompagné dans ce qui se passe pour lui ? Qui est garant de garder une trace de ce qui passe pour lui ?

B. L'enfant et l'adolescent

Que peut-il « dire » de son vécu ? À qui ? Comment ? Qui veillera à lui expliquer ce qui se passe ? Qui garantira un espace pour que ses questions puissent être accueillies et pour que des réponses lui soient formulées ? Qui prendra la responsabilité d'explicitier une décision avec laquelle il ne sera éventuellement pas d'accord ?

Éviter que l'enfant ne doive répéter plusieurs fois, aux différents intervenants, ce qui lui est arrivé. Parler peut être un piège pour l'enfant, car il peut avoir l'impression de trahir ses parents. Ou que tout peut s'effondrer par sa faute. Ou encore, avoir l'illusion d'être détenteur d'un pouvoir qui le dépasse. Tout ne peut reposer sur la seule parole de l'enfant.

C. Les autres protagonistes

Que disent les parents (la mère ? le père ?), ou les autres adultes qui s'occupent de l'enfant, de la situation ? Que disent-ils de l'enfant ?

Que disent et vivent les autres enfants de la fratrie ?

Comment les différents intervenants en contact avec l'enfant parlent-ils de cette situation ?

Que dit la personne qui a réalisé le signalement ?

En tant qu'intervenant du SAJ ou du SPJ : ai-je bien nommé les choses, ai-je été clair ? Ai-je bien nommé les limites qui ne peuvent être franchies pour assurer la sécurité et la protection de l'enfant

Pour en savoir plus :

- Partialité multidirectionnelle*

Fiche I. 5. Le réseau* professionnel

Objectif : Identifier le réseau des professionnels impliqués dans la situation.

Il est important de retracer l'histoire des interventions qui précèdent l'intervention du SAJ ou du SPJ et de comprendre avec chaque protagoniste les effets positifs et négatifs de ces interventions.

Il est utile de repérer et de nommer ce qui a fonctionné et ce qui n'a pas fonctionné. L'aide proposée doit tenir compte de cet historique en essayant de comprendre autant le sens des aides pertinentes que celui des répétitions stériles, des empêchements, des résistances et des refus. Il peut être intéressant de réactiver d'anciennes aides qui ont été significatives pour la famille et pour l'enfant. Cette démarche s'applique également aux interventions actuelles.

Questions clés :

- Qui est déjà intervenu dans cette situation ?
- Quand ?
- Pourquoi ?
- Pour qui ?
- Comment ?
- Avec quels effets et constats ?
- Y a-t-il des mesures pour les autres enfants et pourquoi, avec quelle cohérence d'ensemble ?
- Quel est le degré de coopération* entre les professionnels ?
- Les intervenants sont-ils au clair avec la notion de secret professionnel partagé ?
- Actuellement, qui intervient encore dans cette situation (Médecin généraliste, ONE, maternité, pédiatre, maison médicale, CPAS, AMO, SAIE, SAAE, service de santé mentale, cliniciens, aide-familiale...) ?
- Quels sont les éléments inquiétants et rassurants pour chacun ?
- Sur quels repères et observations ces éléments apparaissent-ils ?
- Comment cela se passe-t-il à l'école ou à la crèche, dans les lieux de socialisation de l'enfant, etc. ?
- En fonction des lieux et des personnes, comment se présentent l'enfant, les parents, la famille ?

- Y a-t-il des actions judiciaires en cours (au civil ? au pénal ? ...) ? Qui concernent-elles ? Quels sont leurs effets ? Y a-t-il eu des décisions judiciaires par le passé ? Sont-elles encore d'application ? Pour qui, pour quels motifs et avec quels effets ?
- Quelles sont les compétences nécessaires pour aboutir à un objectif commun ?
- Les professionnels sont-ils d'accord sur le changement à opérer ? Et sur les conséquences qui en découlent ?

Une psychologue : « C'est intéressant de chercher à travailler avec les compétences d'une part et les inadéquations des parents d'autre part, éléments qui parfois se déposent chez des intervenants différents. Certains observent les compétences et d'autres les limites. C'est à rassembler et à mettre en dialogue, et parfois cela fait conflit. Il est nécessaire d'observer finement le jeu des identifications de chacun. En effet, bien souvent certains intervenants s'identifient à l'enfant, d'autres à l'un ou l'autre parent. À nous d'aller vers *la double identification* (tenir compte de ce que vit l'enfant et de ce que vivent les parents et des interactions de l'un sur l'autre). »

Pour en savoir plus :

- Coopération et consensus*
- Réseau*
- Secret professionnel et secret professionnel partagé*

Fiche I. 6. Le réseau* primaire ou naturel

Objectif : Prendre en compte les ressources du réseau primaire ou naturel des familles ou d'un individu.

Il est important de soutenir les réseaux* naturels des familles, leurs ressources personnelles, leur débrouille et leur créativité, fussent-elles hors des sentiers battus. Il faut pour cela s'assurer de leur existence et de leur capacité à tenir et à durer. Parfois, il est utile de trouver avec les familles les moyens d'en créer quand elles n'en ont pas parce qu'elles sont isolées, en précarité*, dans des difficultés légales ou administratives, en manque de moyen de socialisation, etc. C'est travailler dans l'idée qu'*il faut tout un village pour élever un enfant*, comme le dit un proverbe africain.

Questions clés à poser aux familles :

- À qui pouvez-vous faire appel lorsque vous êtes en difficulté ?
- Qui vous vient en aide si vous n'allez pas bien ?
- Qui peut se rendre compte que c'est difficile pour vous pour le moment ?
- À qui confieriez-vous vos enfants si vous aviez besoin de souffler ?
- De quoi auriez-vous besoin ?
- Que pourrions-nous vous proposer en ce sens ?

Un pédopsychiatre : « Toutes ces questions permettent de se rendre compte des ressources - ou non ressources - de la famille ; elles mettent l'accent sur des préoccupations positives des professionnels pour les familles et non sur les seuls événements difficiles, chaotiques, négatifs. Elles ouvrent une voie de dialogue plus centrée sur la recherche de ressources avec les familles. »

Fiche I. 7. La collaboration

Cette fiche nécessite la prise en compte du secret professionnel* et du secret professionnel partagé*, ainsi que de l'autorité parentale conjointe*. Le consentement* et la coopération* sont également des notions de base.

Objectifs : Déterminer le degré de collaboration entre la famille concernée et les professionnels impliqués. Et celui des professionnels entre eux, s'il y a lieu.

Il y a la collaboration avec les familles et il y a la collaboration des professionnels entre eux. Des liens étroits existent entre ces deux types de collaboration, ce qui nous amène à réfléchir l'intervention sous forme de triangulation « famille – professionnels partenaires – services de l'aide à la Jeunesse ».

Il est important de veiller à ce que la collaboration soit effective. Si des problèmes surgissent, il est nécessaire d'en comprendre le sens et de remettre le problème en question. Il est préférable, ou en tous les cas plus clair, de travailler avec un refus que de forcer un accord. Un accord n'est pas nécessairement un indicateur de bienveillance, ni de réelle collaboration. La conflictualité est parfois utile. Le préalable à toute collaboration, c'est la clarté du cadre, et l'information claire de celui-ci à la famille. Il est important qu'un parent puisse savoir exactement ce qu'est le SAJ et le SPJ, ses pouvoirs, ses possibilités et ses limites. C'est « l'éclairage préalable » à un consentement éclairé.

Les intervenants doivent être au clair avec leur propre espace d'intervention, leur champ de responsabilité, leurs modalités d'intervention, leurs moyens, les temporalités et les échéances. Il s'agit de donner les moyens à chacun de comprendre le sens de sa présence en respectant la place de chacun et l'expertise de tous.

Questions clés :

A. Pour les professionnels

- La place et le rôle de chaque intervenant ont-ils été définis ? Chacun est-il au clair avec les rôles et fonctions de l'autre, ses possibilités et ses limites, ses règles internes, sa déontologie ? Que peut-on attendre de chacun ? Comment construire une intervention concertée dans une confiance suffisante ?
- Les agents du SAJ et du SPJ tiennent-ils compte des avis rendus par les professionnels spécialisés. Si pas, pourquoi ? L'explicitent-ils aux autres professionnels ? Les bilans, expertises, rapports pluridisciplinaires reçus sont-ils suffisamment explicites, clairs et utilisables ? Si pas, l'agent peut-il s'autoriser à demander des clarifications ?

- Si un intervenant refuse la demande de prise en charge proposée par le SAJ ou le SPJ, peut-il s'en expliquer ? Peut-il renégocier la proposition ou la refuser si l'indication n'est pas adéquate ?

B. Pour les parents

- Les parents sont-ils au clair avec les missions et les pouvoirs d'action du SAJ et du SPJ ? Sont-ils au clair avec les droits et les effets de leurs positions ? Sont-ils au clair avec le travail de chaque intervenant en présence. Leur consentement* est-il suffisamment éclairé ? Les parents comprennent-ils suffisamment les écrits et les propos des équipes spécialisées ? Ont-ils pu en discuter et interroger ce qui est dit et proposé ? Savent-ils ce qui va être transmis ou demeuré confidentiel de ce qu'ils vont déposer chez les différents partenaires de l'aide ?
- *L'autorité parentale conjointe** est-elle respectée ? Chaque parent a-t-il été informé et a-t-il pu prendre position ? Ceci sera d'autant plus important qu'il y a des tensions et/ou des conflits entre les parents.

C. Pour tous

- La confiance est-elle suffisante ? Quel sens donner à des difficultés ou des refus de collaboration ? Des questions de travail ont-elles pu être énoncées ainsi que des objectifs à atteindre ensemble pour le bien-être de l'enfant ?

Un pédopsychiatre : « Pour faire soin, il faut qu'il y ait une suffisamment bonne collaboration non seulement de la famille, mais également entre intervenants. Une alliance thérapeutique avec les familles n'est possible que si l'ensemble des acteurs est au clair avec le degré véritable de collaboration de la famille, ainsi que sur les possibilités et les limites de chaque intervenant. C'est une condition préalable au consentement.

Ceci étant posé, distinguons deux façons de comprendre la notion de consentement. Il y a d'abord l'accord contractuel. Celui-ci consiste en un « oui » ou un « non ». Et puis il y a le consentement considéré comme une appréciation sur une échelle de 0 à 100 en fonction du degré de résistance face à la proposition d'aide ou d'intervention. . Dans ce point de vue, on consent si on est au moins à 51. Donc c'est un « consentement à travailler ». L'accord se fait plus facilement si l'objectif est centré sur les besoins de l'enfant et que famille et intervenant se mettent d'accord sur les objectifs à atteindre pour les besoins de l'enfant et les aides à mettre en place pour y parvenir. Les familles et les intervenants sont alors en alliance de compétence et en complémentarité pour l'enfant. C'est autre chose que vérifier si les parents se soumettent et font ce qu'il faut. On doit chercher à travailler avec les compétences et dans l'alliance. »

Fiche I. 8. Ressenti et réflexivité du travailleur

Objectifs : Mesurer le degré d'implication émotionnelle de l'intervenant

Au cours des rencontres avec des familles en souffrance, le travailleur est soumis à une charge émotionnelle importante. L'ambiance vécue et ressentie peut être un indicateur de ce qui se passe dans la famille. Tout professionnel est traversé par des idéologies, des représentations, des valeurs qui lui sont propres, issues de son histoire, de sa formation, de son identité professionnelle, de son institution, de sa culture, etc. Ces idéologies, ces représentations et ces valeurs peuvent infiltrer son travail, parfois en favorisant des alliances, parfois en les empêchant. Il convient donc de les formuler pour soi-même, éventuellement avec des collègues, des formateurs, des superviseurs et de les mettre au travail afin qu'elles soient des leviers plutôt que des obstacles à la rencontre avec les familles et avec leurs réseaux professionnels. Un des défis de l'intervention est de pouvoir nommer les événements et les affects douloureux qui touchent les familles en restant en lien avec l'enfant ET avec ses parents. Le risque pour l'intervenant pris dans la souffrance des familles peut être tantôt de se blinder, tantôt de banaliser, tantôt d'être trop perméable. Tout ce qui peut aider à prendre du recul et à penser, si possible à plusieurs, est à favoriser.

Questions clés :

A. Par rapport à moi-même

- Qu'ai-je ressenti pendant cet entretien ou cette rencontre ?
- Cela appartient-il à la famille, à un membre de la famille ou à moi-même ?
- Comment est-ce que je me sens avec chacun ? Par quoi suis-je traversé, par quelles pensées, par quelles émotions ?
- Ai-je un sentiment de sécurité et un confort suffisants pour intervenir ?
- Avec qui puis-je parler de ce que je ressens ?
- Suis-je porté par mes propres croyances ou par la rencontre des personnes là où elles sont ?
- Puis-je envisager d'autres lectures de la situation et d'autres solutions que les miennes ?

B. Par rapport à la famille

- Quelle est l'ambiance au sein de cette famille, qu'en penser ?
- Ai-je pu prendre en compte le point de vue de chaque protagoniste ?

- Ai-je pu penser à chacun ? Si non, pourquoi ?
- Ai-je pu me mettre au niveau de l'enfant ? Qu'ai-je ressenti ? Quelle place l'enfant occupe-t-il dans sa famille ? Qu'est-ce que je ressens quand je pense à lui ? Ses besoins sont-ils rencontrés ?
- Ai-je pu observer les parents ? Qu'ai-je ressenti ? Ai-je pu créer un lien positif avec eux ?
- Comment les interactions se passent-elles au sein de cette famille ? Comment circulent les émotions ?
- Est-ce que je suis parvenu à nommer clairement ce qui se passe ? Me suis-je senti débordé ? Inquiet ? Agacé ? Ai-je pu nommer les transgressions et les interdits ?

C. Par rapport aux autres intervenants

- Suis-je à l'aise avec les intervenants ?
- Ai-je des a priori, des préjugés ?
- Comment travailler avec eux pour pouvoir collaborer au profit des familles et de l'enfant ?
- S'il y a des tensions entre les intervenants, comment les comprendre et comment les aborder ? Puis-je tenir compte des avis des autres intervenants même si cela contredit le mien ? Comment le mettre en dialogue ?

Pour en savoir plus :

- Fiche III.1 Enjeux relationnels
- Résonance*
- LAMOUR M. *Parents défaillants, professionnels en souffrance* in, Temps d'arrêt Yapaka.be

II. LES PROBLÉMATIQUES CRITIQUES

Fiche II. 1. La maltraitance physique	28
Fiche II. 2. La maltraitance psychologique	31
Fiche II. 2. Bis. Conflits conjugaux et séparations conflictuelles	34
Fiche II. 3. Les négligences graves	36
Fiche II. 4. La maltraitance sexuelle	40
Fiche II. 5. Maltraitance institutionnelle	45

II. LES PROBLÉMATIQUES CRITIQUES

Cette partie traite plus spécifiquement du champ de la maltraitance. Elle est subdivisée en 5 fiches : la maltraitance physique, la maltraitance psychologique, les négligences graves, la maltraitance sexuelle et la maltraitance institutionnelle. La maltraitance est à entendre comme une intrication de problématiques (individuelle, familiale, de couple, transgénérationnelle, sociale, contextuelle, etc.). En poser le diagnostic est insuffisant. Le traitement doit être envisagé selon des modalités à construire avec les services appropriés. Les effets du traitement sont à évaluer régulièrement pendant le temps nécessaire. L'enfant et sa fratrie, s'il y en a une, doivent rester au cœur des préoccupations. La reconnaissance de leurs besoins, et en particulier les besoins de sécurité et de protection, est prioritaire. Travailler sur les dimensions familiales maltraitantes et bienveillantes relèvera de l'aide spécialisée et prendra un temps conséquent. Encore une fois, ces fiches n'ont pas pour objectif de se substituer aux savoir-faire et à l'expérience des agents mais visent bien à soutenir leur travail de compréhension d'une situation en tenant compte de points de vigilance incontournables.

La maltraitance est présente dans tous les milieux socio-économiques. Elle peut être le fait d'un homme ou d'une femme, ou encore de plusieurs adultes à la fois. Elle peut porter sur un bébé comme sur un adolescent, sur un ou plusieurs membres de la fratrie ou encore sur son ensemble. Les filles comme les garçons peuvent en être victimes. Si un enfant subit de la maltraitance, il y a toujours lieu de s'interroger sur ce que vivent les autres enfants de la famille. Il est important d'éviter que l'enfant ne doive répéter plusieurs fois les faits qu'il dénonce. Il importe également que les intervenants ne se substituent pas aux enquêteurs ou aux équipes spécialisées.

Pour en savoir plus :

- Dépistage de la maltraitance physique*
- Face à la maltraitance*
- Jalons d'évaluation clinique des situations de défaillance parentale*
- de BECKER E., 2010, Enfants maltraités, la question du diagnostic, *L'information psychiatrique*, 86, 269-276
- de BECKER E., CABILLAU E., CHAPELLE S., 2011, Pratique de réseau et maltraitance d'enfants. *Thérapie familiale*, Vol. 32, 2, 1, 231-251
- de BECKER E., 2012, De la nécessité du cadre d'intervention avec les familles dites maltraitantes, *Psychothérapies*, vol.32, n°1, 3-13

Fiche II. 1. La maltraitance physique

Objectif : Identifier la nature de la maltraitance* et son impact dans la vie de l'enfant

Il s'agit d'une atteinte corporelle traumatique et non accidentelle, passée, récente, actuelle, répétée ou non. Ces atteintes bien que physiques peuvent avoir des répercussions importantes sur la sphère psycho-affective et sur le développement de l'enfant. Ces atteintes peuvent être : des coups, des brûlures, des fractures, des morsures, des lacérations, des secouements dangereux selon l'âge de l'enfant (comme le syndrome du bébé secoué), des atteintes somatiques volontaires (comme dans le syndrome de Münchhausen par procuration*), etc.

Comportements de l'enfant

Les enfants maltraités vont présenter des signes de souffrances variables. Certains seront très agités, d'autres inhibés. Chaque enfant va réagir à sa manière et développer des symptômes, visibles ou non. La maltraitance est traumatique et met en péril l'intégrité psychique et physique de l'enfant. Il est important de ne pas banaliser ce que l'enfant vit. Certains enfants vont avoir peur de leur parent et souhaiter s'en éloigner, d'autres, au contraire, restent dans une relation très proche. Après avoir révélé des actes de maltraitance, il est fréquent que des enfants veuillent garder le secret, se rétractent ou encore regrettent d'avoir parlé. Les décisions ne doivent pas reposer sur les seuls propos de l'enfant.

Questions clés : À quoi être attentif ?

- Qui a déjà examiné l'enfant? Y a-t-il eu un constat ? Quand ? Par qui ?
- Que disent les éventuels rapports médicaux et somatiques ?
- Quels sont les faits ? Sont-ils avérés ? S'agit-il d'une suspicion de maltraitance ?
- Les faits se sont-ils produits en famille ou en dehors du contexte familial ?
- Les auteurs sont-ils connus ?
- Une intervention en urgence a-t-elle déjà été nécessaire ? Les faits ont-ils été reconnus ?
- Quel âge a l'enfant ? Plus il est jeune, plus les risques sont importants. Chez un nourrisson, les atteintes (neurologiques par exemple) peuvent être plus rapidement irréversibles que chez l'enfant plus âgé.
- Quels sont les signes de souffrances de l'enfant ? De quoi se plaint-il ?

- Y a-t-il des absences de l'enfant à la crèche, à l'école, dans les lieux de socialisation ?
- La fratrie : comment cela se passe-t-il au sein de la fratrie (conflit ou solidarité) et que vit chaque enfant ?
- Y a-t-il reconnaissance ou non des actes posés ? Les explications sont-elles claires ou divergentes ? A-t-on affaire au déni* de la part des adultes ?
- Quel est le discours des parents par rapport aux « punitions » infligées à l'enfant ?
- Quel est le contexte d'émergence de la maltraitance et son historique ?
- Les deux parents sont-ils maltraitants ? Si oui, il s'agit d'un facteur aggravant.
- Si un seul parent est maltraitant : la capacité de protection de l'autre parent est engagée.
- La maltraitance est-elle présente sur plusieurs générations ?
- De la maltraitance conjugale est-elle présente ? Si oui, de quelle capacité le parent maltraité dispose-t-il pour se protéger et protéger son enfant ? En est-il réellement capable ?
- Quelle place l'enfant occupe-t-il dans le discours et dans les représentations de chaque parent ? Plus l'enfant est disqualifié dans le discours de ses parents, plus il y a de risques pour lui.
- Quelle est la capacité concrète de protection des adultes ou d'au moins un des deux parents ?
- Acceptent-ils concrètement l'aide ?
- Quel est l'environnement de l'enfant au sens large ? Quels sont les espaces de protection et les personnes pouvant être attentives et protectrices ?

Comment intervenir ?

- Nommer clairement les faits, l'interdiction de certains actes et la nécessité d'une intervention.
- Intervenir dans le sens de la protection et de la sécurisation pour l'enfant et pour toutes les personnes concernées.
- Éviter les risques que l'enfant reste exposé à la maltraitance. Envisager, si c'est nécessaire, l'hospitalisation comme lieu tiers et de protection.
- Éviter que l'enfant ne doive répéter plusieurs fois le récit de ce qui lui est arrivé.

- À cette fin, utiliser de préférence la parole des signaleurs ou des adultes témoins, et viser, lorsque cela semble nécessaire, une (seule) audition vidéo filmée.
- Une évaluation/observation/intervention pluridisciplinaire centrée sur l'enfant est nécessaire. Elle tiendra compte de la famille et de chacun de ses membres.
- S'il existe un faisceau de présomptions suffisantes, qui sera porteur de la responsabilité de l'intervention ?
- Mise en place d'un traitement adapté aux capacités et aux limites de chacun assurant un arrêt de la maltraitance et la protection réelle de l'enfant.
- Créer une relation d'alliance et de confiance avec les parents. Si elle s'avère impossible et que l'état de danger persiste, alors envisager des mesures contraintes.
- Tenir compte des ressources présentes et notamment des éventuels professionnels qui travailleraient déjà avec la famille. Que disent-ils ? Quel rôle peuvent-ils avoir ?
- Veiller à reconnaître ce qui vit l'enfant.
- Parfois, il est nécessaire que les contacts entre l'enfant et son parent/ses parents soient restreints, encadrés lors de visites médiatisées* ou encore suspendus.
- Prévoir une évaluation régulière de la situation et des effets de l'aide en regard des objectifs initiaux.
- Déterminer qui seront les activateurs de l'évaluation.

Pour en savoir plus :

- Face à la maltraitance : compréhension et alliance*
- Fiche III.3. Signes de souffrance du nourrisson à l'adolescent
- Visites médiatisées*
- BARUDY J., 1997, *La douleur invisible de l'enfant*. Toulouse, Erès-Relations.
- CIRILLO S., di BIASIO P., 2005, *La famille maltraitante*, Paris, Fabert
- CIRILLO S., 2006, *Mauvais parents – Comment leur venir en aide ?* Paris, Fabert
- TILMANS-OSTYN E., 1995, La thérapie familiale face à la transmission intergénérationnelle des traumatismes. *Thérapie Familiale*, Genève, 16, 2, 163-183.

Fiche II. 2. La maltraitance psychologique

Objectif : Identifier une situation de maltraitance psychologique et son degré d'impact dans la vie de l'enfant

Plus difficile à évaluer, elle est à considérer comme de mauvais traitements à l'encontre de l'enfant. Ce sont des interactions négatives qui mettent l'enfant dans une situation difficile et douloureuse entraînant une image négative de lui, un sentiment d'impuissance, d'insécurité, de dévalorisation etc. Sont considérés comme des maltraitements psychologiques : l'humiliation, le rejet, le dénigrement régulier, les menaces, le chantage affectif, les critiques, les menaces d'abandon, l'absence d'attention bienveillante, le déni des besoins et de la personnalité de l'enfant, des scènes de violence verbale ou physique devant l'enfant, des séparations conflictuelles, etc.

Comportements de l'enfant

L'enfant peut présenter des signes de souffrance variables face à ce type de maltraitance. Les risques sont importants de le voir se couper de ses émotions ou encore de les exacerber. Il peut aussi passer à l'acte contre lui ou contre son entourage, chercher à fuir son foyer ou au contraire y ramener une instance tierce. Il risque également de cliver (clivage*) sa personnalité ou de ne plus laisser accès à sa vraie personnalité. Il peut également être pris dans des conflits de loyauté* si intenses qu'il choisira un parent contre l'autre, etc. Il mettra en place des mécanismes pour se protéger de la situation, mécanismes qui auront des répercussions sur son psychisme et/ou son corps et ses relations en général. Les risques de loyauté clivée* sont importants dans ce type de maltraitance. Souvent l'enfant ne se rend pas compte de la place à laquelle il est mis, il peut osciller du collage à l'évitement de l'adulte, de l'idéalisation à la diabolisation du parent.

Questions clés : À quoi être attentif ?

- Quels sont les signes de souffrance de l'enfant ?
- Quelle image l'enfant a-t-il de lui-même ?
- Que disent les adultes professionnels ou non qui côtoient l'enfant ?
- Que disent les bilans, évaluation, expertise ?
- La fratrie : comment cela se passe-t-il au sein de la fratrie (conflit ou solidarité) et que vit chaque enfant ?
- Quelles sont les critiques portées à l'égard de l'enfant de la part d'autres membres de la famille (propos discréditant sa valeur et ses qualités) ?

- L'enfant est-il perçu comme un bouc émissaire* et jugé responsable de tous les problèmes de sa famille ?
- Aux modalités d'accès à la vie sociale ou son interdiction.
- L'enfant doit-il assurer des tâches trop lourdes pour son âge ?
- Y a-t-il des menaces physiques ou affectives à l'égard de l'enfant ?
- L'appartenance de l'enfant à la famille est-elle constamment mise en cause ou menacée ?
- L'enfant est-il constamment ou fortement surveillé et contrôlé ?
- Des attentes démesurées pèsent-elles sur lui ?
- Subit-il des pressions (chantage, séduction, obligation de parler, etc.) ?
- L'enfant est-il surprotégé, a-t-il un peu d'autonomie ?
- Quel est le type de punitions et leurs motifs : punitions démesurées, sadisme, etc. ?
- À la présence de conflits parentaux réguliers et intenses (avec violence physique et/ou verbale) et la capacité des parents à l'en protéger. Voir fiche 2 Bis pour aller plus loin.
- À la présence d'une séparation conflictuelle où l'enfant a une fonction, est l'objet du conflit ou encore doit entendre des critiques dures d'un parent vis-à-vis de l'autre ou des chaque parent vis-à-vis de l'autre. Voir fiche 2 Bis pour aller plus loin.
- Quelle est la place de l'enfant dans le discours et dans le regard de chaque parent ? Plus l'enfant est vu comme étant négatif, plus il y a risques.
- L'adulte prête-t-il à l'enfant des caractéristiques d'adulte ou de l'autre parent ?
- Quelles sont les capacités d'empathie* du parent à l'égard de l'enfant ?
- Les adultes reconnaissent-ils leurs difficultés et le vécu de l'enfant ? Au contraire, sont-ils dans le déni* vis-à-vis de cette situation ?
- Quelle est la capacité réelle de protection des adultes ou d'au moins un des deux parents ?
- Quelle est leur capacité réelle d'accepter l'aide ?
- Quel est l'environnement de l'enfant au sens large ? Et au sein de celui-ci quels sont les espaces et personnes pouvant être attentifs à lui ?

Questions clés : Comment intervenir ?

- Veiller à reconnaître ce que vit l'enfant.
- Intervenir dans le sens d'un changement de climat et d'interactions pour l'enfant et pour tous.
- Une évaluation pluridisciplinaire est nécessaire centrée sur l'enfant, sur sa fratrie, et sur les troubles de personnalité des parents.
- Mise en place d'un traitement adapté.
- Parfois, il est nécessaire que les contacts entre l'enfant et son parent/ses parents soient restreints, encadrés lors de visites médiatisées* ou suspendus.
- Évaluer régulièrement la situation et les effets de l'aide en regard des objectifs initiaux.
- Évaluer si le changement et la collaboration sont réels ou non.

Pour en savoir plus :

- Bouc émissaire*
- Déni*
- Empathie*
- Face à la maltraitance : compréhension et alliance*
- Jalons d'évaluation clinique des situations de défaillance parentale*
- Fiche III.3. Signes de souffrance du nourrisson à l'adolescent
- Visite médiatisée*
- BARUDY J., 1997, *La douleur invisible de l'enfant*. Toulouse, Erès-Relations.
- CIRILLO S., di BIASIO P., 2005, *La famille maltraitante*, Paris, Fabert
- CIRILLO S., 2006, *Mauvais parents – Comment leur venir en aide ?* Paris, Fabert
- MUGNIER J.-P., 2005, *La promesse des enfants meurtris*, Paris, Fabert
- TILMANS-OSTYN E., 1995, La thérapie familiale face à la transmission intergénérationnelle des traumatismes. *Thérapie Familiale*, Genève, 16, 2, 163-183

Fiche II. 2 Bis : Conflits conjugaux et séparations conflictuelles

Une attention particulière doit être portée aux enfants qui subissent « passivement » les conflits conjugaux de grande intensité. Nous faisons ici référence aux séparations conjugales conflictuelles, avec ou sans présence du syndrome d'aliénation parentale.

Ces situations dépassent largement les capacités de l'enfant à y faire face et provoquent chez lui un sentiment de crainte et d'impuissance, même si l'enfant est un bébé. L'enfant va, en effet, se charger d'un stress intense quand il est soumis à des conflits conjugaux répétés avec ou sans maltraitance physique. Ces enfants peuvent se montrer hyper-adaptés ou agités ou encore mettre à jour des signes de souffrance psychique ou psychosomatique. Les capacités protectionnelles des parents sont engagées.

Un enfant qui entend un parent critiquer l'autre parent le vit comme une attaque à une part de lui-même et ne peut que se sentir emprisonné dans un conflit de loyauté*.

Ces situations sont aggravées quand le conflit conjugal persiste de façon excessive après la séparation et particulièrement si l'enfant est l'objet du conflit (la garde, les changements de garde, les choix d'activités, les vacances, l'école, etc.).

L'enfant est souvent appelé à endosser un rôle intenable pour lui (messager, espion, avocat, juge, infirmier etc.) et à être mis en devoir de choisir le parti de l'un de ses parents contre l'autre.

Ces situations sont problématiques et peuvent entraîner des souffrances graves chez l'enfant. Il convient donc de les traiter selon des modalités à déterminer avec des professionnels habilités à le faire.

En plus de l'aide à visée plus thérapeutique (individuelle et/ou systémique, guidance, expertise, etc.), il est souvent nécessaire que les questions liées à l'enfant soient traitées par une instance tierce afin qu'un cadre soit établi en la matière et que l'enfant ne soit pas traité comme un « objet » soumis aux seules revendications de ses parents pris dans le conflit.

Des nouvelles procédures sont à l'essai dans certaines juridictions. Ces procédures visent à ce que des dispositifs de médiation et de coopération* puissent être établis entre les partenaires qui engagent un processus de séparation. Il ne s'agit plus tant de régler les problèmes des gens à leur place que de les mettre en situation de les régler eux-mêmes. L'appel à des médiateurs facilite un premier travail d'accordage. L'officialisation de l'accord par le tribunal concerné reste souvent utile. Si de telles démarches échouent, le recours au juge peut s'avérer alors indispensable comme tiers décisionnel dans l'intérêt de l'enfant.

L'intervenant devra particulièrement être attentif à ne pas être instrumentalisé dans le conflit, un parent cherchant en général à ce que l'autre parent soit jugé fautif de la séparation ou incompetent pour élever l'enfant.

Un travail de distinction entre le conjugal et le parental sera bien souvent nécessaire.

La notion de coparentalité* est ici essentielle. La coparentalité est une manière de signifier que chacun des deux parents est parent pour toujours, quels que soient les avatars de la vie du couple. C'est une manière de rappeler que les enfants ont deux parents et qu'ils sont en droit, et ont besoin, de pouvoir compter sur eux sur les plans affectif, social, éducationnel et économique. La coparentalité comporte donc plusieurs axes : l'exercice de l'autorité conjointe*, la mise en pratique de comportements de soutien et de respect entre les deux parents ainsi que leur implication dans le partage des tâches et des responsabilités. La qualité des relations dans l'expérience de la coparentalité est liée à la représentation et au vécu des relations conjugales passées et présentes. Corollairement, la coparentalité entraîne des devoirs pour l'intervenant. Sur le plan légal d'abord, il doit obtenir l'accord des deux parents pour toute intervention, soin, ou décision un tant soit peu importante pour un enfant (sauf urgence ou impossibilité). Sur le plan éthique ensuite, tout comme sur le plan « clinique » et du droit de l'enfant enfin, il doit pouvoir signifier à l'enfant qu'il le considère comme fils ou fille de l'un et l'autre de ses parents.

Pour en savoir plus :

- Autorité parentale conjointe*
- Fonction parentale, maternelle et paternelle*
- Conflit de loyauté*
- Coopération*
- Coparentalité*
- DELAGE M., 2010, Le thérapeute familial et l'aliénation parentale, *Thérapie Familiale*, Genève, 31, 1, 27-38.
- DENIS C., 2012, (sous la dir.), Fruits de l'amour ou pommes de discorde ? La place des enfants dans les couples en conflit, Éditions Parole d'enfants, Liège.
- HAYEZ J.-Y., KINOO P., 2005, Aliénation parentale, un concept à haut risque, *Revue Droit Familial*, De Boeck, LLN et Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence.
- KINOO P., 2001, La prise en charge des enfants de parents séparés : éthique et technique, *Enfances-Adolescences* vol.1, De Boeck, LLN.

Fiche II. 3. Les négligences graves

Objectif : Identifier une situation de négligence grave et mesurer son impact dans la vie de l'enfant

Ce sont des situations de carence qui compromettent l'intégrité physique et psychique de l'enfant, ou risquent de le faire, notamment en entravant son développement somatique et psychologique.

Elles sont à distinguer de conditions socio-économiques précaires qui entraîneraient une difficulté ou une impossibilité pour le parent de satisfaire aux besoins de l'enfant. Dans ces cas, c'est l'absence de moyens matériels et les conditions d'existence qui empêchent l'enfant de vivre dans un environnement optimal. Le parent reconnaît et serait capable d'assurer les besoins de son enfant s'il en avait les moyens matériels. Ces situations requièrent également une intervention qui vise prioritairement à améliorer les conditions d'existence mais ne relèvent pas de la maltraitance.

Les négligences relevant de la maltraitance sont le fait de parents dans l'incapacité personnelle (problèmes psychiques, propres carences du parent, dépendances, alcoolisme, immaturité, vie chaotique exposant l'enfant au danger, etc.) d'assurer les besoins et la sécurité de l'enfant de façon continue. L'enfant est, dès lors, confronté à un environnement* insuffisamment bon.

Comportements de l'enfant

Les comportements des enfants négligés peuvent être variables, tout comme leurs signes de souffrance. Leurs difficultés peuvent s'exprimer à bas bruit ou au contraire de façon visible. Souvent, c'est leur apparence, les modalités du contact et de sociabilité qui interpellent les adultes.

Les addictions (médicaments, drogues, alcool) et certains troubles psychiatriques ou mentaux rendent souvent les parents peu fiables dans la continuité du quotidien. Plus l'enfant est petit, plus cette discontinuité est problématique. L'enfant plus grand ou l'adolescent n'est, pour autant, pas en mesure de supporter mieux la situation, il va souvent prendre une position parentifiée et/ou adultifiée* psychologiquement inadéquate pour son âge. Il va également s'inquiéter en permanence de l'état de son parent et développer des défenses peu propices à son propre bien-être afin de se protéger d'un environnement imprévisible. Il peut développer une image très négative de lui-même et un vécu de honte. Enfin, il peut s'identifier à son parent et développer des comportements proches de lui, des conduites à risque, voire des addictions. Néanmoins, dans des conditions adaptées, l'enfant est capable de nouer des contacts positifs avec son parent.

À tout âge, les négligences peuvent avoir des conséquences sur le devenir de l'enfant. Cependant plus l'enfant est jeune, plus les risques de trouble du développement sont importants.

Ces enfants font souvent preuve d'une très grande loyauté* à leur parent (dont ils perçoivent la fragilité) et à leur milieu de vie.

Questions clés : À quoi être attentif ?

Une attention particulière doit être portée sur la distinction à faire entre les facteurs de négligences graves et les facteurs de précarité* liés aux contextes sociaux ou aux contextes culturels comme par exemple pour les familles sans-papier, les Roms, etc.

- À l'âge de l'enfant.
- Aux besoins de base de l'enfant sont-ils pris en compte et rencontrés.
- Aux éléments qui empêchent d'avoir une attention à l'enfant dans la continuité de la vie quotidienne : addiction aux drogues ou aux médicaments, dépression grave, alcoolisme sévère, trouble psychiatrique, etc.
- Aux discontinuités vécues par l'enfant : déplacements réguliers, adultes de référence changeant autour de lui, variations émotionnelles imprévisibles et fréquentes du parent, parent indifférent, parents instable, etc.
- À son quotidien. Qui s'occupe de l'enfant au quotidien ? Est-il livré à lui-même ?
- Aux bilans qui attestent de retards de croissance et de développement attribuables à l'environnement.
- À la fratrie : comment chaque enfant se porte-t-il ? Quelles sont les interactions entre eux ? Les grands s'occupent-ils des petits ? etc.
- Aux absences ou irrégularités des soins et suivis médicaux.
- À l'absence de carnet de santé de l'enfant (suivis médicaux, vaccination, etc.).
- Au manque d'hygiène corporelle : enfant régulièrement sale, langes non changés, mauvaise alimentation (trop ou pas assez ou inappropriée) etc.
- Au manque ou à l'absence de respect des rythmes de l'enfant (sommeil, organisation de la journée, repas, etc.).
- À l'habillement : vêtement non adapté à la taille de l'enfant ou aux saisons.
- Aux problèmes liés au logement : manque de sécurité des installations, insalubrité, manque d'hygiène pouvant entraîner des conséquences somatiques, etc.
- À l'absence ou défaut de surveillance pouvant mettre l'enfant en danger.

- Aux tâches imparties aux enfants dépassant la capacité de l'enfant à pouvoir s'en charger.
- À l'irrégularité de présence à l'école.
- Au manque de considération pour l'obligation scolaire et pour les lieux de socialisation et d'éveil de l'enfant.
- À la pauvreté ou absence de stimulations pour l'enfant (pas ou peu de jeux, pas ou peu d'interactions, enfant devant la télé toute la journée, etc.).
- À l'état de l'enfant ou des enfants (sphères : affective, psychologique, somatique, motrice, cognitive, relationnelle) et depuis combien de temps ?
- À l'état du parent ou des parents (pour toutes les sphères) et depuis combien de temps ?
- Aux problèmes de santé mentale du parent et leurs effets sur les fonctions parentales ?
- À la présence ou à l'absence de réseau naturel et/ou professionnel ?
- À l'isolement de la famille.
- Au fait que le parent seul avec ou sans réseau.
- Au degré réel de compréhension et de reconnaissance de la situation par le parent.
- À la prise en compte ou non par le parent de la réalité de l'enfant, ainsi qu'à la banalisation ou l'absence d'empathie par rapport à ce que vit l'enfant et à ses signes de détresse.

Questions clés : Comment intervenir ?

- Viser à garantir et augmenter la sécurité et la protection de l'enfant dans le long terme.
- Mettre en place une évaluation pluridisciplinaire de la situation de l'enfant, de ses parents et de la famille.
- Se donner les moyens d'évaluer en quoi la santé mentale, l'état ou encore les capacités éducatives du parent risquent de mettre en danger la vie quotidienne de l'enfant ?
- Mise en place d'une aide thérapeutique, sociale et éducative individuelle et familiale tenant compte des moyens de la famille. Selon l'indication : intervention à domicile, en milieu ouvert, en ambulatoire ou en institution.
- Envisager des suppléances* pour compenser les carences.

- Evaluer régulièrement les changements réels.
- Favoriser l'accès de la famille à un réseau* soutenant, professionnel et/ou naturel.
- Veiller à comprendre et à rencontrer les logiques et les mondes de la famille (voir fiche souffrances liées aux migrations et à la précarité).
- Selon les situations, veiller parfois à modérer ou restreindre les contacts entre l'enfant et son parent/ses parents, ou à les encadrer.
- Un placement temporaire ou durable est parfois nécessaire en famille d'accueil ou en institution ou en internat.
- Dans tous les cas de figure, l'aide devra particulièrement prendre en compte les effets liés aux conflits de loyauté*.

Pour en savoir plus :

- Conflits de loyauté*
- Environnement suffisamment bon*
- Précarité*
- Réseau*
- Suppléance*
- BARUDY J., 1997, *La douleur invisible de l'enfant*. Toulouse, Erès-Relations.
- CIRILLO S., di BLASIO P., 2005, *La famille maltraitante*, Paris, Fabert
- CIRILLO S., 2006, *Mauvais parents – Comment leur venir en aide ?* Paris, Fabert

Fiche II. 4. La maltraitance sexuelle

Objectif : Identifier une situation de maltraitance sexuelle et mesurer son impact dans la vie de l'enfant et de sa famille

La maltraitance sexuelle se définit comme étant toute forme d'implication d'un enfant ou d'un adolescent mineur à des activités sexuelles ou sexualisées inappropriées pour son âge et pour son développement. Ces activités sont subies sous la contrainte par l'emprise, le chantage, la menace et/ou la séduction. Ces actes relèvent de la transgression d'interdits fondamentaux concernant les rôles familiaux et parentaux et concernant les différences de générations. Ces maltraitements peuvent être intra ou extra familiaux. Il est à noter qu'en général la relation est pervertie par l'adulte et non par l'enfant. C'est à l'adulte de ne pas enfreindre ou de ne pas détourner les limites. Des mineurs sont susceptibles de commettre des actes sexuels sur des enfants plus jeunes qu'eux, cela relève également de la maltraitance sexuelle et réclame une prise en charge spécifique de l'auteur.

L'incestualité* est également un climat délétère important à repérer.

Comportements de l'enfant

Des signes différents peuvent apparaître selon l'âge de l'enfant, le contexte et l'auteur de la maltraitance. La façon dont il va se comporter lors de la révélation et de la crise qu'elle entraîne peut être variable. Il est absolument nécessaire qu'une intervention, une évaluation et des propositions de traitement puissent être effectuées par une équipe spécialisée.

Dans les situations d'inceste et d'abus intrafamiliaux, la qualification des faits est importante et nécessite autant que possible la mise en place d'un cadre judiciaire et protectionnel. En effet, dans ces situations, la Loi et les interdits fondamentaux (inceste et respect des différences de génération) sont bafoués. Il est donc important de les restaurer en passant par les instances légales et de signifier l'arrêt de la jouissance déplacée de l'adulte. Quel que soit le nombre d'enfants concernés, le travail d'aide et de soin doit concerner toute la famille. Dans les situations d'abus extra familiaux, il en va de même. Ce dispositif est un gage de plus grande protection et de reconnaissance de l'enfant.

Questions clés : À quoi être attentif ?

- Qui signale ? Pour quels faits ? Sur base de quels éléments ? Dans quel contexte ?
- Que disent les examens médicaux et les évaluations pluridisciplinaires spécialisées ?

- Que disent les adultes (professionnels ou non) qui côtoient l'enfant ?
- Quels sont les éventuels signes de souffrance chez l'enfant ? Plaintes et effets somatiques : vomissements, maux de ventre, troubles alimentaires (prise ou perte de poids), troubles du sommeil (hypo ou hyper-sommeil, cauchemars, difficultés d'endormissement), maux de tête, infections génito-urinaires à répétition, énurésie, encoprésie, angoisse, sentiments de honte, perte de l'estime de soi, déprime, etc. Cela requiert une évaluation.
- Quels sont les éventuels comportements interpellant de l'enfant ?
 - o Comportements érotisés, jeux sexuels dépassant le niveau de développement, masturbation compulsive, propos sexuels excessifs. Ces comportements sont à différencier de la curiosité sexuelle normale ou de comportements relevant d'autres problématiques.
 - o Présence de retrait, refus de contacts avec certains adultes sans raison apparente, isolement, collage à l'adulte, etc.
 - o Changements brusques et massifs d'attitude sans raison apparente.
 - o Difficultés à l'école ou dans les lieux de socialisation sans raison apparente.
- La fratrie : comment les interactions se vivent-elles ? Comment se porte chaque enfant ? D'autres enfants sont-ils susceptibles d'avoir subi de la maltraitance ?
- Qui a commis les actes ou est soupçonné d'avoir commis les actes ? Différentes hypothèses sont à envisager : l'auteur est une personne n'appartenant pas à la famille et qui peut être connue ou non de la famille ; l'auteur est un membre de la famille, qui agit seul ou avec d'autres ; l'auteur est un des parents et l'autre parent en a connaissance ou non ; les deux parents sont les auteurs. La famille nucléaire ou la fratrie vit dans un climat transgressif sous l'impulsion ou en présence des parents ou d'un parent, l'autre étant informé ou non.
- Quel est le contexte d'émergence de la maltraitance et son historique ?
- Quelle reconnaissance chaque adulte peut-il avoir de la gravité de la situation ? Y a-t-il manifestation d'un déni* ?
- Quelle est la place que l'enfant occupe dans le discours et dans la tête de chaque parent ?
- Quelle est la capacité réelle de protection des adultes, ou d'au moins un des deux parents ?
- Quelle acceptation de l'aide ? Leur capacité réelle à accepter l'aide ? En effet, dans une situation où la culpabilité des adultes est engagée, ceux-ci ont un intérêt majeur à formuler/simuler une demande d'aide afin d'éviter une pénalisation.

Questions clés : Comment intervenir ?

- S'assurer de la sécurité dans l'environnement de l'enfant au sens large et sein de celui-ci : quelles sont les personnes pouvant être attentives à l'enfant et lui assurer leur protection ?
- S'il y a un dévoilement, une intervention doit avoir lieu.
- Eviter que l'enfant ne doive répéter plusieurs fois son témoignage et viser, lorsque cela semble nécessaire, une (seule) audition vidéo filmée.
- Bien comprendre à qui l'enfant a parlé et dans quelles circonstances.
- Se baser sur le signaleur ou l'adulte confident.
- Se baser sur le réseau professionnel compétent.
- Ne pas se transformer en enquêteur.
- Passer le relais aux services de police, à l'hôpital, à une équipe spécialisée.
- Permettre, si possible, la réalisation d'un examen somatique (le plus rapidement possible dans les 72 heures qui suivent l'agression ou l'acte).
- Intervenir dans le sens de la protection et de la sécurisation pour l'enfant et pour toutes les personnes concernées.
- Intervention rapide et intense mais sans précipitation en orientant vers une équipe spécialisée dès l'allégation ou la révélation.
- Mettre en place une aide qui ouvre la réflexion sur les modalités qui permettront à l'enfant d'être protégé et éventuellement éloigné temporairement ou durablement.
- Protéger l'enfant des excès de la crise provoquée par le dévoilement.
- Garantir la protection de l'enfant.
- Se référer au protocole d'intervention entre le secteur médico-psycho-social et le secteur judiciaire pour toute démarche judiciaire
- Si les faits sont avérés : éloigner l'auteur de l'enfant.
- Évaluer la capacité du parent non auteur à protéger l'enfant, à lui éviter tout contact avec l'auteur et le cas échéant à éloigner l'enfant de ce dernier. Son incapacité à le faire est un facteur aggravant. Si c'est un abus extra-familial : évaluer la capacité du ou des parents à accompagner leur enfant et à être accompagnés. Soutenir cette démarche.

- Si les faits sont en attente de procédure : évaluer la capacité du parent non-auteur à ne pas rester en contact ou en lien avec l'auteur. Son incapacité est un facteur aggravant.
- Si les faits s'avèrent infondés : cela signe sans doute la présence d'une interrogation ou d'un climat problématique sur le plan sexuel, les frontières de l'intime et le respect des générations ou a minima en tous cas une problématique à investiguer et à comprendre par une équipe habilitée à le faire.
- Si l'enfant a porté des allégations infondées : il est indispensable de comprendre ce qui a amené l'enfant à les formuler. Un travail avec l'enfant, le « soi-disant abuseur », et la famille de l'enfant, doit être réalisé. Il convient qu'une position claire soit transmise à chacun séparément. L'enfant doit se départir de l'idée qu'il aurait un pouvoir de destruction sur l'adulte et son véritable malaise sous-jacent doit être élaboré et accompagné. L'adulte qui a été accusé à tort doit, quant à lui, pouvoir être reconnu dans ce qu'il a vécu de difficile, comprendre le sens d'une telle accusation et être déchargé de toute suspicion.
- Mise en place d'un traitement adapté aux capacités et aux limites de chacun assurant un arrêt de la maltraitance et la protection réelle de l'enfant selon les indications de l'évaluation.
- Veiller à reconnaître ce que vit l'enfant.
- Parfois, il est nécessaire que les contacts entre l'enfant et son parent/ses parents soient restreints, encadrés ou encore suspendus.
- Évaluer régulièrement la situation et les effets de l'aide en regard des objectifs initiaux.
- Évaluer si le changement et la collaboration sont effectifs.

Pour en savoir plus :

- Dénî*
- Incestualité*
- Séduction incestueuse*
- Fiche III.3 Signes de souffrance du nourrisson à l'adolescent
- BARUDY J., 1997, *La douleur invisible de l'enfant*, Erès-Relations, Toulouse

- CIRILLO S., di BLASIO P., 2005, *La famille maltraitante*, Fabert, Paris
- CIRILLO S., 2006, *Mauvais parents – Comment leur venir en aide ?* Fabert, Paris
- MUGNIER J.-P., 2004, *Les stratégies de l'indifférence + la prise en charge de l'enfant victime d'abus sexuels et de sa famille*, Fabert, Paris (pp. 89-177)
- Protocole d'intervention entre le secteur médico-psycho-social et le secteur judiciaire sur www.aidealajeunesse.cfwb.be

Fiche II. 5. La maltraitance institutionnelle

Objectif : Repérer les maltraitements subies du fait même d'une succession d'interventions ou d'une intervention inadéquate.

Les pratiques des institutions, au sens large (école, hôpital, services sociaux, services judiciaires, services de l'aide à la jeunesse, service d'aide et de soin, etc.), peuvent être ou devenir maltraitantes. Les besoins et les droits de l'enfant et de sa famille doivent être respectés. Si ce n'est pas le cas, les manquements doivent être reconnus et traités.

- Maltraitance d'un tiers en tant que personne

Un membre du personnel contractuellement lié à une institution peut se révéler maltraitant à l'égard d'un enfant. Il convient de ne pas banaliser et d'intervenir. Lorsque de tels faits sont portés à la connaissance d'un intervenant de l'aide à la jeunesse, le Conseiller de l'aide à la jeunesse ou le Directeur de l'aide à la jeunesse doit être interpellé afin d'envisager l'intervention adéquate selon le type d'institution concernée par cette maltraitance et le degré de gravité de celle-ci. Toutefois, il est utile de comprendre le contexte d'émergence et le sens de la maltraitance ou du passage à l'acte de l'adulte. Elle peut relever d'un acte répréhensible, d'une fausse allégation d'abus sexuel ou de maltraitance physique, ou encore d'un arrêt nécessaire au débordement d'un enfant ; autant de situations qui peuvent faire penser à un éventuel isomorphisme*. Il est, en effet, possible qu'un enfant en souffrance déplace sa problématique sur une autre scène que la scène familiale, poussant l'adulte à agir quelque chose qui appartient à l'histoire et au vécu de l'enfant. Entre abstention et dénonciation, il y a un travail de sens à opérer pour positionner, en nuances, l'intervention et la responsabilisation de chaque protagoniste. Une médiation, quand elle est indiquée, peut s'avérer utile.

- Maltraitance d'un tiers en tant que système

Les parcours institutionnels peuvent devenir producteurs d'effets maltraitants. Par exemple : succession et instabilité des placements, crainte injustifiée face à la longueur d'un placement - alors qu'il peut être utile à un enfant ou à un adolescent de « déposer ses valises » -, départs de la famille ou retour en famille insuffisamment préparés, brutalité de remise en contact avec des membres de la famille inconnus ou ne s'étant pas vus depuis longtemps, non-respect de l'autorité parentale conjointe, ruptures, rejets et abandons successifs, conflits entre intervenants, conflits entre intervenants et famille ou famille d'accueil, transitions et changements insuffisamment préparés, traces perdues du parcours de l'enfant, manque de coordination entre professionnels, et entre ceux-ci et les familles, passage prolongé dans un service non approprié pour une prise en charge, etc.

Il convient, autant que possible, d'y être attentif, d'en déjouer les risques et les effets en assurant la prise en compte de la continuité et de l'historicité de la vie de l'enfant et de sa famille.

La responsabilité des institutions est engagée. Il est prioritaire de la mobiliser au profit de l'enfant et de sa famille.

- Maltraitements relatifs au contexte social général

Une famille et/ou un enfant ayant à subir des discriminations, des stigmatisations, des injustices ou des assignations sociales sont en souffrance. Il est souhaitable que ce type de maltraitance soit, à minima, reconnu et nommé. Les leviers d'aide possibles doivent être activés (voir notamment les fiches III.6 et III.7).

Pour en savoir plus

- Fiche III.1 Enjeux relationnels

III. APPROFONDISSEMENTS THÉMATIQUES

Fiche III. 1. Les enjeux relationnels	49
Fiche III. 2. Troubles de l'attachement*	50
Fiche III. 3. Signes de souffrance du nourrisson à l'adolescent	53
Fiche III. 3. 1. Le nourrisson	54
Fiche III. 3. 2. L'enfant (après trois ans)	57
Fiche III. 3. 2. 1. Signes de souffrance de l'enfant	59
Fiche III. 3. 3. L'adolescent	65
Fiche III. 3. 3. 1. Signes de souffrance chez l'adolescent	67
Fiche III. 4. Signes de souffrance de l'adulte	73
Fiche III. 5. Souffrances des familles	78
Fiche III. 6. Souffrances liées aux migrations	80
Fiche III. 7. Souffrances liées à la précarité*	83

III. APPROFONDISSEMENTS THÉMATIQUES

Les fiches proposées dans cette partie introduisent à des notions plus spécialisées qui peuvent aider à comprendre ce que l'enfant, l'adulte et la famille vivent. Les différentes dimensions agissent conjointement pour un enfant et dans un système familial. Les intervenants participent également au système. Les dimensions sont présentées séparément par souci de clarté et d'accessibilité. L'agent est invité à considérer ces différents points d'attention de façon circulaire et dynamique et non pas linéaire. Nous sommes dans un système d'interactions vivantes qui peuvent être en crise* ou durablement compromises.

Ces mouvements et interactions entre les membres d'une famille peuvent avoir des effets sur le monde interne de l'enfant, ses relations, sa sociabilité ainsi que son développement affectif, cognitif et moteur. Ces répercussions prendront des voies symptomatiques ou une expression sous la forme de signes de souffrances. Il convient de garder au cœur des préoccupations, l'état de l'enfant dans le respect et la considération de ses liens de filiation et d'affiliations. Il y a toujours une influence mutuelle entre l'enfant et les membres de son système familial (famille nucléaire et élargie). Le contexte social, l'histoire de chacun et de la famille, l'environnement quotidien ont également des effets sur l'état actuel et sur le devenir de l'enfant.

Cette partie s'utilise en dialogue avec les deux précédentes. Elle se compose de 7 fiches : les enjeux relationnels, les troubles de l'attachement, les signes de souffrance du nourrisson à l'adolescent, les signes de souffrance de l'adulte, les souffrances familiales, les souffrances liées aux migrations et les souffrances liées à la précarité sociale.

Il peut être précieux d'ouvrir un dialogue avec le clinicien concerné par la situation, un autre intervenant ou un collègue.

Sous un même tableau diagnostique, des réalités différentes peuvent être en jeu. Il est toujours important de comprendre le sens des symptômes et des signes de souffrance. Le diagnostic* est indissociable d'une perspective de traitement ou d'accompagnement à réévaluer. Le domaine du soin psychique, psychologique, psychiatrique et médical ne peut jamais garantir l'existence d'un cadre social et/ou légal garant de la protection et de la sécurisation de l'enfant. À l'inverse, il est parfois impossible d'être dans le soin si ce cadre n'est pas posé. La compréhension et le dialogue mutuels entre les possibilités et limites de chaque champ d'intervention sont donc indispensables. La conflictualité entre intervenants n'est pas exclue. Il est important d'être attentif aux enjeux relationnels à l'œuvre.

Les indications de prise en charge posées sont également à travailler et évaluer dans un souci de continuité et de soin pour l'enfant et, dans toute la mesure du possible, en alliance avec ses parents.

La diminution ou la disparition des symptômes ne signifient pas nécessairement que le traitement doit être arrêté.

Fiche III. 1. Les enjeux relationnels

Les enjeux relationnels sont au cœur de toute transaction humaine. Pas étonnant, donc, de les retrouver à l'œuvre au sein des familles, entre les familles et les intervenants et souvent entre les intervenants eux-mêmes. Ces dynamiques relationnelles sont à considérer comme produites par le fonctionnement psychique et/ou relationnel des personnes (parfois sur plusieurs générations) et du système familial. Ce sont donc des indicateurs importants pour comprendre ce qui se passe entre les professionnels, au sein d'un groupe familial et pour un enfant. Non travaillés, ils peuvent être des obstacles à la mise en place d'une aide efficace. Ils peuvent également provoquer, en miroir, des dissensions entre professionnels comme si les intervenants se mettaient à fonctionner entre eux comme la famille. Il n'est pas rare également que des intervenants différents deviennent les dépositaires de différentes parties du fonctionnement de l'enfant, du parent ou de la famille. Cela peut créer des conflits avec un risque de rigidification des positions, chacun pensant détenir la vérité sur ce qui se passe. Il y a bien souvent lieu de relancer une dynamique réflexive et de rassembler toutes ces positions pour comprendre la complexité de la situation dans une approche complémentaire et non concurrente. Enfin, la prise en compte des enjeux relationnels peut apporter des indications précieuses sur les changements réels et la collaboration effective des parents.

Différentes formes d'enjeux relationnels sont explicités dans la partie relative aux Notions. Une attention particulière doit être portée aux notions suivantes : Isomorphisme*, clivage*, jeu des identifications* résonance*, loyauté*, conflit de loyauté* et loyauté clivée*.

Fiche III. 2. Troubles de l'attachement*

Principe général

Tout enfant a besoin de sécurité et de structure. Inversement, insécurité et environnement chaotique entraînent un trouble du développement émotionnel, cognitif, comportemental voire somatique.

Toute séparation, rupture, perte, abandon entraîne une fragilisation des capacités d'attachement* quel que soit l'âge de l'enfant. Si ces discontinuités et ces ballottements surviennent quand l'enfant est bébé ou jeune, ils peuvent être particulièrement délétères. Il est en effet très dépendant de son environnement et n'a pas les capacités développementales pour les comprendre et le supporter. Plus il y a de discontinuités, plus le trouble de l'attachement sera sévère entraînant des difficultés relationnelles importantes voire graves et durables.

Comment travailler ?

- Repérer tous les moments et effets de discontinuité dans le quotidien et dans l'histoire de l'enfant.
- Réinstaurer de la sécurité et de la continuité.
- Penser en termes de suppléance*.
- Penser en termes de résilience*.
- Veiller à l'existence de figures stables et rassurantes.
- Veiller à ce que les prises de décision n'entraînent pas de ballottements et de discontinuités.
- Penser aux effets des troubles de l'attachement sur les prises en charge et veiller à ce qu'elles tiennent bon.
- Veiller à ce qu'il y ait des garanties que le fil rouge de la vie de l'enfant soit tenu.
- Proposer une prise en charge thérapeutique pour l'enfant.

Pour mieux comprendre

Appelés également « pathologie du lien », ces troubles trouvent leur origine dans les interactions entre un nourrisson ou un enfant, et son environnement premier, en particulier sa mère ou sa figure d'attachement principale.

Ces difficultés ou ces distorsions dans l'instauration du lien peuvent fragiliser fortement et durablement le sentiment de sécurité et le narcissisme.

La création de liens positifs sera alors rendue difficile.

À l'adolescence, les troubles de l'attachement peuvent prendre une coloration mouvementée avec des passages à l'acte. Ces troubles, non pris en charge, peuvent perdurer à l'âge adulte dans les relations en général, dans la conjugalité et dans la parentalité.

Un trouble de l'attachement se développe lorsque le parent n'est pas suffisamment émotionnellement présent à son enfant, étant lui-même pris par ses difficultés.

Un environnement changeant ou chaotique qui ballote l'enfant d'un lieu à l'autre, d'une personne à l'autre ou qui ne tient pas compte de ses rythmes et de ses besoins est également susceptible de favoriser le trouble de l'attachement. Par ailleurs, trop de fusion ou un manque de différenciation entre un enfant et son parent, provoqueront également une difficulté, l'enfant ne pouvant sentir qu'il a les capacités d'exister sans l'autre.

Les troubles de l'attachement entraînent une angoisse d'abandon et/ou d'intrusion.

Ces enfants ont du mal à trouver la « bonne distance relationnelle ». Ils passent de moments de rapprochement intense à des moments de rejet brutal particulièrement avec leurs figures d'attachement. Ce mécanisme se répète aussi avec tous les adultes signifiants pour eux, tels que les enseignants, éducateurs... et dans les relations en général. Ils testent fortement les adultes en position d'éducation pour s'assurer que les intervenants ne vont pas les lâcher, les abandonner ou encore les intruser.

La continuité dans les prises en charge et dans les soins est donc essentielle. En effet, les interventions discontinues peuvent elles-mêmes favoriser l'augmentation des troubles de l'attachement.

Ces enfants qui ont ces difficultés d'attachement développeront des dépendances chaotiques, instables et insecure. La dépendance nécessaire et universelle à l'autre ne sera pas intériorisée positivement, comme un gage de solidarité et d'appui pour devenir indépendant. Au contraire, elle sera crainte tout autant que recherchée et accentuera les risques liés à l'angoisse d'abandon et/ou d'intrusion.

Ces modes de relation sont souvent éprouvants pour les adultes et déstabilisants pour le cadre de travail. Les équipes se retrouvent régulièrement partagées en deux camps, ceux qui veulent mettre un terme à la prise en charge et ceux qui veulent la poursuivre. C'est bien là le reflet du mécanisme à l'œuvre dans les troubles de l'attachement.

Il est autant important de marquer une limite que d'assurer une continuité. Les intervenants doivent tenir bon sans tout accepter. Parfois l'éloignement est nécessaire, mais le retour doit être possible et certainement le maintien d'un lien.

Une attention et un soin soutenus sont à apporter lors de tous les moments de passage, de transition et de séparation. Il est également important de veiller à ce que le fil rouge* de l'histoire relationnelle de l'enfant (même bébé) ou du jeune puisse être tenu et lui être raconté selon son rythme de compréhension et de maturation.

Les enfants et les adolescents souffrant de troubles de l'attachement cherchent le plus souvent à reproduire les modalités de fonctionnement qu'ils ont connues au sein de leur environnement premier. C'est en quelque sorte la discontinuité qui est leur référence en matière d'attachement. Ils provoquent les ruptures alors qu'ils ont besoin de liens durables et sécurisants. En tant qu'intervenant, il y a à chercher à comprendre les logiques d'attachement afin d'en déjouer les impasses.

Il est souvent nécessaire qu'une prise en charge thérapeutique individuelle et/ou institutionnelle soit mise en place.

Pour en savoir plus :

- Mère suffisamment bonne*
- Résilience*
- Suppléance*
- Troubles de l'attachement*
- GUEDENEY N. *L'attachement un lien vital*, Temps d'arrêt Yapaka.be
- LEMAY M., 1998, *J'ai mal à ma mère*, Psychopédagogie, Fleurus

Fiche III. 3. Signes de souffrance du nourrisson à l'adolescent

Des symptômes et des signes de souffrance ne sont jamais à considérer de façon univoque. Les repérer est une chose, en comprendre le sens en est une autre. Deux enfants présentant les mêmes symptômes peuvent vivre des contextes de gravité différente. L'intensité du symptôme ne préjuge pas non plus de la gravité de la situation ; inversement, des signes à bas bruit peuvent cacher une situation de danger. Les symptômes ne relèvent pas nécessairement d'une pathologie avérée ; l'enfant est en devenir et son développement n'est pas figé. Éventuellement, un diagnostic devra être posé par un professionnel. Il convient de se le faire expliciter pour en comprendre les effets et les conséquences.

Selon son âge, certaines voies d'expression symptomatique peuvent être préférentiellement plus utilisées. Un symptôme ou un signe de souffrance est toujours une question et une modalité d'expression qu'il convient d'explorer et de comprendre sans en réduire la complexité. Il est important d'entendre ce que les parents en disent et en comprennent et comment ils y réagissent. Sont-ils capables ou non de rencontrer la difficulté de leur enfant et d'y trouver un accompagnement seul et/ou avec l'aide d'un professionnel. Un symptôme ou une conjonction de symptômes méritent de s'y arrêter et d'évaluer ce qui peut se passer en tenant compte de toutes les dimensions de la vie d'un enfant (individuelle, familiale, parentale, fraternelle, sociale, scolaire, biologique, somatique, etc.). Pour mettre en place des prises en charge et des traitements adéquats, il faut faire appel à des professionnels capables d'affiner un diagnostic*, d'expliquer aux parents ce qui se passe pour leur enfant et de s'engager avec le SAJ ou le SPJ dans le traitement. Il est donc utile de s'appuyer sur des professionnels prêts à travailler en triangulation : famille - SAJ/SPJ- professionnels. L'enfant a également le droit de comprendre ce qui est pensé, compris et décidé pour lui dans le respect de ses moyens de compréhension.

Fiche III. 3. 1. Le nourrisson

Les nourrissons ont besoin de repères stables et d'un environnement qui leur assure le respect de leurs rythmes et de leurs besoins primaires. Un nourrisson soumis à des discontinuités trop importantes, à un environnement chaotique ou désorganisé ou à un manque de soins peut développer des symptômes qui auront des répercussions négatives sur son développement. Un enfant de moins de trois ans est très dépendant de son environnement, de l'ambiance et des adultes qui l'entourent. S'il ne peut dire avec des mots, il peut néanmoins exprimer son état, le plus souvent par des expressions somatiques et/ou comportementales. Il est donc essentiel de s'appuyer sur des observations quotidiennes et sur des bilans pluridisciplinaires réalisés par des professionnels compétents pour comprendre la situation de l'enfant et construire une aide appropriée.

Il est important d'envisager comment installer un environnement le plus stable et le plus rassurant possible, capable de rencontrer les besoins de base nécessaires au développement du nourrisson et du jeune enfant. Ces situations sont à réévaluer régulièrement afin de repérer ce qui favorise la reprise du développement et de l'équilibre de l'enfant ou ce qui, au contraire, favorise des régressions. Souvent, il est difficile de s'imaginer tout ce qu'un nourrisson et un enfant en bas âge peut vivre surtout s'il ne montre pas de signes très spectaculaires de souffrance. Pourtant, selon son âge, la discontinuité, le stress, le manque de soin psychique et le manque de soin en général peuvent avoir des répercussions importantes qui s'exprimeront plus tard et durablement. La perception de ses besoins peut être faussée par nos propres préjugés ou convictions idéologiques erronées ou fragmentaires. Particulièrement pour les enfants en bas âge, l'avis d'un professionnel expérimenté peut être utile.

A. Construire une représentation

Rassembler tous les éléments qui permettent de se représenter : l'état de l'enfant, son quotidien et son histoire de la grossesse jusqu'à aujourd'hui, l'état de chaque parent, leur histoire, le déroulement de la grossesse, le fonctionnement conjugo-parental, les ressources et les manques, les événements de vie, le réseau naturel et professionnel.

Croiser l'information selon les principes proposés par les fiches généralistes. Les bilans développementaux, médicaux, somatiques et psychologiques sont ici essentiels.

B. Facteurs de risques concernant l'enfant

- Méconnaissance de ses besoins fondamentaux
- Non rencontre de ses besoins vitaux, de protection, de structure, de reconnaissance, de stimulation et de réalisation
- Non-respect de ses rythmes
- Manque de soins physiques et psychiques

- Manque d'attention à ses besoins et à sa personnalité

C. Facteurs de risques liés à l'environnement

- Environnement instable ou chaotique
- Environnement insécurisant ou violent
- Présence de stressseurs réguliers et importants
- Absence ou pauvreté de lieux de socialisation
- Suivi non régulier du développement et de la santé physique de l'enfant
- Adultes de référence insuffisamment attentifs et protecteurs
- Adulte(s) de référence en proie à des troubles importants
- Adulte qui a une représentation négative de son enfant
- Conflits conjugaux et/ou familiaux importants
- Manque de ressources du ou des parents

D. Signes de danger

- Atteintes à son intégrité physique et psychique suite aux maltraitances ou de négligences
- Retard intellectuel et de développement alors que l'enfant est né avec un potentiel normal.
- Cassure des courbes de croissance ou retard de croissance attribuables à des facteurs environnementaux
- Baisse du quotient intellectuel et/ou développemental attribuable à son contexte de vie
- Manifestations autistiques ou psychotiques attribuables à son contexte de vie
- Instabilité et agitation motrices importantes
- Troubles psychosomatiques graves
- Troubles caractériels
- Comportements importants d'évitement et de maîtrise
- Incapacités ou grandes difficultés de socialisation
- Collage excessif au parent ou évitement du parent
- Modifications importantes du comportement entre la présence et l'absence du parent

- Endormissement soudain, gel des affects
- Retrait et absence de curiosité
- Troubles de l'attachement*

Pour en savoir plus :

- BRUWIER G. *A la rencontre des bébés en souffrance*, Temps d'arrêt Yapaka.be

Fiche III. 3. 2. L'enfant (après trois ans)

La souffrance de l'enfant peut prendre différentes formes. Elle est toujours à resituer dans un contexte et dans une temporalité. Des facteurs individuels, familiaux, interactionnels, transgénérationnels, institutionnels, sociaux, etc. peuvent l'influencer. Il est important de se placer au niveau de l'enfant tout en tenant compte de ses liens en ce qu'ils peuvent être des ressources et/ou des entraves à son bon développement. Un enfant aussi sage ou difficile soit-il, ne montre pas des signes de souffrance sans motif. Ces signes sont donc toujours à interroger pour en comprendre le sens et l'intensité, et parfois même leur gravité autant que leur caractère relatif. Il est important que l'intervenant puisse reconnaître les capacités et les limites de l'enfant, ainsi que ses loyautés, et cela dans le respect de son intégrité psychique et physique.

A. Construire une représentation

Rassembler tous les éléments qui permettent de se représenter : l'état de l'enfant, son quotidien et son histoire de la grossesse jusqu'à aujourd'hui, l'état de chaque parent, leur histoire, le déroulement de la grossesse, le fonctionnement conjugo-parental, les ressources et les manques, les événements de vie, le réseau naturel et professionnel.

Croiser l'information selon les principes proposés par les fiches généralistes. Les avis pluridisciplinaires de professionnels habilités à porter un regard sur ces âges sont ici importants.

B. Facteurs de risques concernant l'enfant

- Méconnaissance de ses besoins fondamentaux
- Non rencontre de ses besoins vitaux, de protection, de structure, de reconnaissance, de stimulation et de réalisation
- Non-respect de ses rythmes
- Manque de soins physiques et psychiques
- Manque d'attention à ses besoins et à sa personnalité
- Enfant soumis à des demandes excessives pour son âge
- Enfant soumis à des punitions excessives

C. Facteurs de risques liés à l'environnement

- Environnement instable ou chaotique
- Environnement insécurisant ou violent
- Présence de stressseurs réguliers et importants

- Absence ou pauvreté de lieux de socialisation
- Déscolarisation ou irrégularité scolaire
- Suivi non régulier du développement et de la santé physique de l'enfant
- Adultes de référence insuffisamment attentifs et protecteurs
- Adulte(s) de référence en proie à des troubles importants
- Adulte qui a une représentation négative de l'enfant
- Conflits conjugaux et/ou familiaux importants
- Manque de ressource du ou des parents(s)

D. Signes de danger

- Atteintes à son intégrité physiques et psychiques suite aux maltraitances ou de négligences
- Tout symptôme manifeste ou latent qui puisse être attribué à environnement insuffisamment bon.

Fiche III. 3. 2. 1. Signes de souffrance de l'enfant

Agitation / hyperactivité / opposition

L'hyperactivité et les troubles de l'attention relèvent d'un diagnostic souvent utilisé et parfois abusivement. Ces signaux demandent une approche et un diagnostic fins sans recourir immédiatement un étiquetage ou à une médication (sauf si un diagnostic montre que la médication s'avère nécessaire et indiquée). Cela devra être pensé par des professionnels habilités à le faire. Ces signes peuvent relever d'une réaction à un événement, à de l'angoisse, à un environnement trop chaotique où les limites sont difficilement posées, à des relations trop excitantes, à des parents ou des adultes insuffisamment contenant et sécurisants, à une souffrance d'ordre dépressif, à un contexte de maltraitance, etc. Il est nécessaire d'aider l'enfant qui en présente la symptomatologie par une approche individuelle et/ou familiale, thérapeutique et/ou éducative selon la compréhension qui en est faite.

Angoisse / cauchemars / troubles du sommeil

Tout enfant est traversé par des moments d'angoisse et fait des cauchemars. L'endormissement et les réveils nocturnes peuvent être un enjeu ou une difficulté passagère chez les enfants. Ils peuvent aussi être le signe d'une difficulté plus importante et plus durable si elle n'est pas travaillée. Leur répétition et leur intensité peuvent être un signe de difficultés réelles, fantasmatiques ou la conséquence d'un traumatisme. Il peut être pertinent que l'enfant ait un lieu pour en parler et trouver des moyens de réassurance. Ces signes sont à reprendre dans une représentation plus large et plus globale de ce que vit et montre l'enfant.

Crises de colère ou de larmes impossibles à apaiser

Comme toute expressivité vive de l'enfant, il y a lieu d'interroger si cela est neuf ou se produit souvent et dans quelles circonstances ? Comment est-ce vécu par le parent et la famille ? Quel sens y donner ? Quel travail envisager ? Comment aider l'enfant à être reconnu dans ce qu'il vit, à être apaisé et à éventuellement trouver d'autres modalités d'expression ?

Enfant tyrannique ou caractériel / refus des limites / opposition importante

Il est important d'en comprendre le sens. Comment le parent le vit-il ? Comment se positionne-t-il par rapport à cela ? Quelle est la dynamique familiale ? L'enfant se met-il en danger ou met-il d'autres personnes en danger ? Comment sont posées les limites au sein de la famille ? Y a-t-il de la violence par ailleurs dans la famille ? Quelles sont les frontières entre

les adultes et les enfants ? Qu'est-ce qui pourrait pousser l'enfant à agir comme cela ? L'environnement est-il structurant et sécurisant ou au contraire chaotique, imprévisible et/ou paradoxal ? Quelles sont les interactions entre l'enfant et son/ses parents ? À quoi l'enfant est-il soumis ? Quel est le fonctionnement psychique et relationnel du parent ? Quel type d'attachement est à l'œuvre dans la famille avec quels effets ? Il est souvent important d'investiguer ces comportements par des interrogations cliniques pour construire avec la famille l'aide appropriée.

Enurésie / encoprésie

Les tableaux d'enfants présentant de l'énurésie et/ou de l'encoprésie sont hétérogènes. Cela demande une exploration clinique spécifique en alliance avec l'enfant et ses parents. Au-delà de 5 ans, il y a tout lieu d'investiguer ce qui se passe. Notons que les troubles d'énurésie sont extrêmement fréquents.

Fugue

Ce signe à comprendre et à remettre dans un contexte plus large. Il n'est jamais anodin chez un enfant. Il est important d'en comprendre les motivations, de rappeler les interdits et le rôle protectionnel des adultes.

Hyper-adaptabilité / conformisme

Ces enfants sont souvent décrits comme sages, faciles, sans difficulté. Ce n'est pas nécessairement un signe de bien-être ; cela peut cacher certaines difficultés ou des souffrances. Il faut pouvoir resituer cette attitude dans un tableau plus large. L'enfant peut-il s'autoriser à se montrer différents dans certains contextes ? Est-il opportun de lui proposer une approche thérapeutique et de quel ordre ?

Isolement, retrait, mutisme

Cela peut faire partie durablement du tempérament de l'enfant, ou relever d'un mal-être passager. Cela peut être uniquement réactionnel au contexte de la rencontre ou présent dans d'autres contextes de vie de l'enfant. Ce peut être une attitude de l'enfant pour se protéger ou protéger un membre de la famille. Le retrait peut être là depuis longtemps ou être apparu récemment. Face à ces signes, se questionner sur les contextes et les modalités d'expression de l'enfant, est souvent nécessaire. A-t-il des espaces d'expression, peut-il en avoir ? Qu'est-ce qui pourrait soutenir une ouverture ? Est-ce le signe d'un tableau clinique plus complexe ? Là aussi c'est à interroger et à resituer dans une représentation d'ensemble.

La *parentification* est le processus par lequel l'enfant devient « comme » le parent de son parent ; l'enfant est « grand-parentifié ». Il exerce alors un rôle parental de protection et d'autorité à l'égard de son parent.

L'*adultification* voit l'enfant se comporter comme un petit adulte, parfois avec une hypermaturité qui cache souvent un enfant en détresse face à l'état de son parent.

Ces deux phénomènes sont bien connus. Ils révèlent de réelles compétences chez l'enfant qui se montre empathique à l'égard de ses parents et de sa famille qu'il cherche à protéger, à soutenir et à embêter le moins possible. Ces positions ont néanmoins un coût psychique important pour l'enfant et l'adulte qu'il deviendra.

Il y a lieu de travailler cela avec ses parents et lui pour aider l'enfant à retrouver une palette émotionnelle et comportementale plus souple, conforme à son âge et à ses besoins.

Pour ce faire, il est nécessaire de reconnaître ses compétences ainsi que l'aide et l'énergie qu'il engage vis-à-vis de son parent et sa famille. Il faut pouvoir également lui assurer que grâce à lui aujourd'hui autre chose est possible pour prendre soin de son parent. Il importe alors de confier à son parent, ou à d'autres adultes, la responsabilité de prendre soin de lui, par exemple en lui permettant d'avoir un espace à lui, pour ses préoccupations.

C'est autant que possible à construire avec le parent et le clinicien en expliquant à l'enfant le sens et les objectifs des mesures prises à son égard.

À noter que le processus de parentification* n'est toxique que s'il n'est pas reconnu, s'il perdure dans le temps, si l'enfant n'arrive pas à bien accomplir sa mission (notamment s'il n'a pas la maturité suffisante et/ou si ses besoins ne sont pas pris en compte), et *a fortiori* s'il est blâmé de ne pas y parvenir. Indirectement, au fil du temps, cette posture renforce le pouvoir donné à l'enfant qui finit par rester en position haute, en commandant son entourage et en s'interdisant de demander de l'aide. La balance du « donner / recevoir » est déséquilibrée et reste à nos yeux un enjeu important dans les phénomènes de parentification.

Pour en savoir plus :

- Exil*
- Métissage socio-culturel*
- Mythe familial*
- Parentification*
- HAXHE S., 2013, *L'enfant parentifié et sa famille*, Erès-Relations, Toulouse

Régressions soudaines dans des domaines précédemment acquis (moments de séparation, propreté, apprentissage, endormissement, etc.)

Cela signe toujours une difficulté dont la compréhension et l'ampleur sont à investiguer selon différents axes et par des professionnels habilités à le faire. Il convient de les penser dans une représentation la plus large possible de ce qui se passe pour l'enfant et sa famille pour en déterminer le degré de gravité ou de difficulté.

Il faut exclure d'éventuels facteurs somatiques (maladies, épilepsie, etc.).

Retards de développement

Les retards de développement peuvent s'exprimer dans la sphère corporelle, intellectuelle, psychomotrice, langagière etc. Le retard peut être global ou toucher une sphère en particulier. Il convient de l'objectiver par des bilans pluridisciplinaires en tenant compte des diagnostics différentiels possibles. Le diagnostic une fois posé permettra d'établir si le retard est occasionné par un facteur organique (handicap, maladie génétique, etc.) ou environnemental (manque de stimulations, maltraitance, négligences graves, difficultés passagères, problème d'accordage dans la relation mère/enfant, toxicomanie du parent, etc.) ou l'interaction des deux. Il s'agira alors d'explicitier la situation aux acteurs en présence et de construire une aide appropriée pour cet enfant-là, dans ce contexte-là, dans cette situation familiale-là, avec ces parents-là. Une reprise de développement est possible en favorisant une prise en charge adaptée et un travail sur l'environnement de l'enfant. Il est important de repérer avec des professionnels compétents ce qui favorise une reprise de développement, une stagnation ou au contraire une régression, d'en comprendre le sens et d'adapter le traitement en conséquence.

Sexualisation ou séduction excessive

Il ne s'agit pas ici de jeu sexuel entre enfants ou de comportements auto-érotiques « normaux » mais bien de comportements d'hypersexualisation qui demandent une investigation clinique. De tels comportements peuvent faire suite à un abus ou à des attouchements, à la vision d'images sexuelles dépassant la capacité de l'enfant à les recevoir, à des jeux sexuels excessifs, à un climat sexualisé dans la famille, à des ambiances incestuelles, à une trop grande permissivité entre l'intimité des adultes et l'intimité des enfants etc. Cela demande une reconnaissance et un travail avec la famille par une équipe spécialisée ou habilitée à le faire.

Pour en savoir plus :

- Séduction incestueuse*

Souffrances transculturelles

Des souffrances importantes peuvent apparaître en lien avec les vécus complexes et intriqués liés aux situations d'exil, d'immigration (parfois sur plusieurs générations), aux assignations sociales, aux secrets, aux silences, aux non-dits de l'histoire familiale transgénérationnelle, aux violences subies dans le pays d'origine, aux traumatismes vécus, aux dynamiques familiales qui sont instaurées à la suite des souffrances transculturelles, aux doubles appartenances, à la souffrance d'un parent, etc.

L'expérience de la migration, le travail de l'exil* et les métissages socio-culturels* qui se poursuivent d'une génération à l'autre, dans le pays d'installation, peuvent générer des souffrances transculturelles (liées au passage d'un monde à l'autre), en particulier quand les migrants et leurs enfants se sentent mis au ban de la société d'installation.

C'est souvent un travail entre plusieurs mondes qui est à prendre en compte ici. Cela nécessite, tout à la fois, de faire vivre et respecter la culture d'origine et de travailler au métissage sans vouloir imposer la logique de sa culture à l'autre.

Ces situations peuvent générer de la violence au sein des familles, des conduites à risque, des troubles multiples. Il est important de les reconnaître et de les travailler sans les minimiser en cherchant à construire une alliance avec les familles.

Se référer également aux les fiches : III. 5 et III. 6

Symptômes psychopathologiques : dépression, psychotisation, bizarreries, défenses autistiques, prise ou perte de poids rapide ou anormale

Ce sont des symptômes importants à investiguer et à comprendre avec des professionnels habilités à les observer, à y donner un sens clinique ainsi qu'à poser des indications de travail. Ils sont également à comprendre dans une représentation la plus large possible de ce qui se passe pour l'enfant et sa famille. Ils relèvent d'une approche spécialisée.

Ils ne signifient pas nécessairement une pathologie psychiatrique avérée. Ils peuvent être parfois réactionnels à une situation problématique dont la gravité est à déterminer mais à prendre au sérieux. Non traités adéquatement ils peuvent s'installer durablement. Il est important que tous les protagonistes comprennent bien ce qui se passe même si cela demande du temps.

Tableaux psychiatriques : psychose, autisme, trouble envahissant du développement non spécifié, dysharmonie évolutive

Ce sont des tableaux pédopsychiatriques qui nécessitent parfois une coordination entre intervenants : soins pédopsychiatriques, accompagnement psycho-éducatif, enseignement

spécialisé, aide à la jeunesse. Cette articulation est d'autant plus nécessaire lorsque l'enfant est en grande difficulté ou en danger dans sa famille-

Troubles de l'attachement

Voir fiche III. 2

Troubles des apprentissages

Les troubles des apprentissages sont complexes et multifactoriels. Ils demandent une compréhension et un accompagnement à plusieurs. Ils peuvent également être la conséquence de facteurs culturels et/ou sociaux. Il s'agira là aussi de réfléchir aux alliances possibles avec les parents, l'enfant et les acteurs en présence pour soutenir l'enfant face à ses difficultés. Un enfant qui régresse à l'école par exemple en manifestant un désintérêt pour son travail scolaire ou lorsqu'il ne parvient plus à utiliser ses capacités cognitives etc., montre certainement des signes de souffrance. Cela peut être inquiétant ou le résultat d'un événement de vie douloureux (deuil, séparation parentale, difficulté d'insertion sociale, etc.) ou encore le signe d'une inquiétude qu'il aurait pour son parent « malade » resté à la maison, etc. Cela peut être aussi lié à des souffrances psychiques d'origine sociale ou transculturelle (précarité aiguë et perte de confiance dans les adultes, conflits interculturels/intergénérationnels, atteintes racistes, stress acculturatif, etc.).

Fiche III. 3. 3. L'adolescent

L'adolescence est un temps de crise vécue à partir des changements physiques et psychiques, qui s'imposent au jeune. Ces changements sont d'ordre corporel, psychique, relationnel, social, symbolique. Le changement hormonal lié à la puberté en est un processus majeur. Il implique tout ce qui concerne le pulsionnel sexuel, le changement d'image de soi, de place et de statut. C'est un temps et un état entre l'enfance et l'âge adulte qui suscitent des questionnements identitaires, des modifications des processus d'individuation, de différenciation et de séparation d'avec les figures parentales telles qu'elles étaient perçues pendant l'enfance. C'est aussi une étape de changement pour les parents. L'adolescent et ses parents ne peuvent plus occuper les mêmes positions qu'auparavant.

C'est un temps pendant lequel le jeune va particulièrement questionner sa place et sa distance relationnelle à l'égard de ses parents, de sa famille, de son histoire, et vis-à-vis du monde en général. Il va mettre au travail la bonne distance à trouver entre le besoin de conserver ses figures d'attachement et le besoin de construire son espace d'autonomie. L'adolescent va questionner son histoire et ses avatars, ainsi que ceux des générations qui le précèdent. Cette étape peut s'avérer un moment délicat, plus particulièrement si des traumatismes liés à la perte, à l'abandon et à l'intrusion sont réactivés ou activés. Les questions relationnelles et identitaires, ainsi que les questions liées au sexuel, aux limites et à l'agressivité peuvent être prégnantes provoquant de l'explosivité, de l'hétéro ou de l'auto agressivité, des passages à l'acte ou des comportements de repli et de dépression. L'adolescent va donc devoir rencontrer un environnement capable de lui répondre, de lui faire face, de lui mettre des limites autant que de lui permettre l'autonomie, et de l'aider à construire ses réponses en sollicitant ses capacités. Les signes de souffrance de l'adolescent sont toujours à prendre au sérieux. Il faut en comprendre le sens, l'intensité et le caractère inquiétant ou relatif et construire un accompagnement ajusté.

A. Construire une représentation

Rassembler tous les éléments qui permettent de se représenter : l'état de l'enfant, son quotidien et son histoire, l'état de chaque parent, leur histoire, le fonctionnement conjugal-parental, les ressources et les manques, les événements de vie, le réseau naturel et professionnel.

Croiser l'information selon les principes proposés par les fiches généralistes. Les avis pluridisciplinaires de professionnels habilités à porter un regard sur ces âges sont ici importants.

B. Risques et dangers à l'adolescence

Les processus adolescentaires sont tellement intenses que le risque est à considérer comme inhérent à ce temps psychique. Les adolescents ont facilement recours à l'agir vis-à-vis d'eux-mêmes et des autres. Il est important de prendre au sérieux les adolescents sans dramatiser.

L'enfance prépare à l'adolescence. Si l'histoire de vie de l'enfant a été traversée de difficultés, à l'adolescence, des signes plus particuliers de souffrance peuvent apparaître et se développer en remobilisant les traumatismes et les questions qui la précèdent.

Des événements de vie peuvent également fragiliser le jeune, particulièrement s'ils s'entremêlent avec les enjeux du processus d'adolescence.

La question de la « bonne distance » et des identifications aux figures parentales étant particulièrement prégnante, la position, le comportement et l'état du parent ou des parents peuvent influencer positivement ou négativement le comportement et le monde intérieur de l'adolescent.

Toute forme de traumatisme lié à l'intrusion ou à l'abandon, au corps, à la sexualité, à l'image de soi peut plonger l'adolescent dans une grande souffrance et une grande réactivité.

Comme l'a écrit Winnicott, l'adolescence est la seule maladie dont on guérit avec le temps.

Pour en savoir plus :

- JEAMMET P. *Paradoxes et dépendances à l'adolescence*. Temps d'arrêt Yapaka.be

Fiche III. 3. 2. 1. Signes de souffrance chez l'adolescent

Adolescent maltraitant ou abuseur

Un adolescent peut se montrer maltraitant à l'égard d'un membre ou de plusieurs membres de sa famille ou auprès de personnes ne faisant pas partie de sa famille. De tels actes sont à mettre en perspectives avec ce que l'adolescent a éventuellement vécu lui-même du même ordre. Une évaluation et une aide spécialisée sont ici nécessaires afin de construire le traitement le plus adapté pour lui et son entourage.

Agitation, hyperactivité

Était-ce présent auparavant ou est-ce apparu avec l'adolescence ? Dans quel contexte est-ce apparu ? Quelles en sont les répercussions sur le quotidien de l'adolescent (maison, école, relations, lieux de socialisation). Quelle fonction cela a-t-il pour l'adolescent et dans ses relations ?

+ Voir fiche sur le même thème dans la section « l'enfant » de cette rubrique en le resituant dans le processus d'adolescence

Angoisses, cauchemars, troubles du sommeil

Le bouillonnement de l'adolescence peut avoir des répercussions sur le sommeil (hyper ou hypo somnie), l'endormissement et l'éveil, sans que cela ne soit inquiétant. Cependant, il peut s'agir de symptômes plus importants à comprendre dans un ensemble. Cela peut être lié à une symptomatologie dépressive, à des angoisses d'ordre traumatique, à des ruminations morbides, à une difficulté d'organisation de l'agressivité, à un trouble, etc. Il est toujours intéressant de demander à un jeune s'il dort bien ou non. S'il a des difficultés liées au sommeil, en quoi consistent-elles, comment les comprend-il, est-ce régulier, dans quel contexte, etc. ? Que peuvent en dire les adultes, l'ont-ils remarqué ? Cela mérite une investigation et peut être une porte d'entrée pour comprendre ce que vit l'adolescent et lui proposer une aide.

Conduites à risques : violence, drogues, déscolarisation, scarification, fugue, errance, actes délictueux, comportements sexuels à risque, ...

Toute conduite à risque est à investiguer et à comprendre dans une représentation globale qui tient compte des différentes dimensions qui interagissent pour l'adolescent. Cela signe une

difficulté importante souvent d'origine familiale et transgénérationnelle qui questionne l'ambiance, les interactions, les événements qui ont jalonné l'histoire de l'adolescent avant et depuis sa naissance, tout autant que la situation de son ou ses parents et également sa réalité de vie actuelle.

Il est important que l'aide puisse tenir compte du jeune et de son environnement et favoriser de la contenance, de la protection, un marquage claire des limites, éventuellement un arrêt et un travail de mise en sens par des professionnels habilités à le faire.

Les indications de traitement sont à penser sous l'angle tant protectionnel que thérapeutique, parfois une prise en charge institutionnelle (éducative et/ou pédopsychiatrique) est nécessaire.

Isolement, retrait, mutisme, inhibitions

Est-ce nouveau ou était-ce déjà présent auparavant et depuis quand ? Cela peut faire partie du tempérament du jeune, relever d'un mal-être passager ou au contraire durable, être réactionnel au contexte de rencontre ou présent dans d'autres contextes de vie, être une attitude pour se protéger et/ou protéger un membre de la famille, être là depuis longtemps ou au contraire surgir brusquement. Quels sont les contextes et les modalités d'expression de l'adolescent ? A-t-il des espaces d'expression, peut-il en avoir ? Qu'est-ce qui pourrait soutenir une ouverture ? Est-ce le signe d'un tableau clinique plus complexe ? Là aussi c'est à interroger et à resituer dans une représentation d'ensemble. Un brusque changement durable dans le tempérament de l'adolescent mérite une investigation fine.

Parentification/adultification

Voir la fiche III.3.2.1. « Signes de souffrance de l'enfant » et notamment « parentification/adultification »

Perversion et psychopathie

Des adolescents peuvent présenter des traits pervers ou psychopathiques ou une personnalité perverse ou psychopathique. Une évaluation pluridisciplinaire et une aide spécialisée sont ici nécessaires afin de construire le traitement le plus adapté pour eux et leur entourage.

Refus des limites et opposition

Tout adolescent passe par un questionnement des limites et par des moments d'opposition. Ceci est nécessaire et structurant pour autant que les adultes puissent se positionner et faire évoluer la question pour eux-mêmes. Dans ces certains contextes, l'adolescent peut être dans

un refus important de toute forme de limites au point de se mettre en danger ou de mettre son entourage en danger.

Il est important d'en comprendre le sens. Comment le parent le vit-il ? Comment se positionne-t-il par rapport à cela ? Quelle est la dynamique familiale ? Comment sont posées les limites au sein de la famille ? Quelle autonomie est autorisée ? Y a-t-il ou y a-t-il eu de la violence ? Quelles sont les frontières entre les adultes et les enfants ? L'environnement est-il structurant et sécurisant ou au contraire chaotique, imprévisible ou paradoxal ? À quoi le jeune est-il soumis ? Quel est le fonctionnement psychique et relationnel du parent ? Comment se porte le couple ? Quel type d'attachement est à l'œuvre dans la famille avec quels effets ? Quelle aide appropriée est à construire avec le jeune et sa famille ?

Sexualisation ou séduction excessive

Les questions liées au sexuel sont prégnantes à l'adolescence. Dans un contexte de transgression, d'abus, de manque de frontières entre les générations, elles peuvent devenir importantes, provoquer une crise pour l'adolescent et/ou sa famille, générer des conduites à risques, etc.

Un tel comportement peut également être suscité par des faits de maltraitance passée ou présente, ou un risque de maltraitance. Le jeune peut en avoir été ou en être la victime, ou en avoir été le témoin.

L'adolescent, par son comportement, peut également interroger des aspects liés à la sexualité chez son ou ses parents ou d'un point de vue transgénérationnel ou d'un point de vue transculturel.

Cela demande une investigation clinique auprès de professionnels habilités à le faire selon une approche individuelle et familiale.

Souffrances transculturelles

Des souffrances importantes peuvent apparaître en lien avec les vécus complexes et intriqués liés aux situations d'exil, d'immigration (parfois sur plusieurs générations), aux assignations sociales, aux secrets, aux silences, aux non-dits de l'histoire familiale transgénérationnelle, aux violences subies dans le pays d'origine, aux traumatismes vécus, aux dynamiques familiales qui sont instaurées à la suite des souffrances transculturelles, aux doubles appartenances, à la souffrance d'un parent, etc.

L'expérience de la migration, le travail de l'exil* et les métissages socio-culturels* qui se poursuivent d'une génération à l'autre, dans le pays d'installation, peuvent générer des souffrances transculturelles (liées au passage d'un monde à l'autre), en particulier quand les migrants et leurs enfants se sentent mis au ban de la société d'installation.

C'est souvent un travail entre plusieurs mondes qui est à prendre en compte ici. Cela nécessite, tout à la fois de faire vivre et respecter la culture d'origine, et de travailler au métissage sans vouloir imposer la logique de sa propre culture à l'autre.

Ces situations peuvent générer de la violence au sein des familles, des conduites à risque, des troubles multiples. Il est important de les reconnaître et de les travailler sans les minimiser en cherchant à construire une alliance avec les familles.

Voir également les fiches: III.6 et III.7

Suicide* et tentative de suicide

Les facteurs qui peuvent conduire au suicide ou à une tentative de suicide sont multiples. Le sens d'un tel acte est complexe et à investiguer. Il peut être préparé à l'avance ou au contraire impulsif (raptus suicidaire). Il est donc difficile d'en repérer les signes avant-coureurs.

Une tentative de suicide n'est jamais à banaliser. La mise en place d'une aide psychologique individuelle et familiale est nécessaire.

Dans un contexte de confiance, il peut être indiqué de nommer à l'adolescent notre inquiétude et sollicitude pour lui. Peut-il en parler à quelqu'un ? S'il a un thérapeute, lui en a-t-il parlé ? S'il n'en a pas, est-il d'accord de rencontrer quelqu'un qui pourra l'écouter et l'accompagner ? Souhaite-t-il être aidé à en parler ? À qui ? Autorise-t-il l'intervenant à en parler et à qui ?

Si l'adolescent dit qu'il y a un risque de passage à l'acte imminent et qu'il est d'accord d'en parler ou que quelqu'un en parle pour lui :

- Proposer la mise en place d'une aide individuelle et familiale avec les adultes responsables pour autant qu'ils soient capables d'accompagner leur enfant dans les jours qui suivent.
- Si les adultes responsables ne paraissent pas suffisamment capables d'accompagner le jeune ou si le milieu de vie du jeune est un lieu de grandes difficultés, orienter vers une prise en charge hospitalière de crise.

Si l'adolescent court le risque d'un passage à l'acte, énoncé ou sous-entendu, et qu'il refuse d'en parler ou d'être aidé :

- Énoncer sa responsabilité d'adulte à veiller à le protéger et à en parler à qui pourra l'accompagner, même si cela le met en colère.
- Proposer une prise en charge hospitalière de crise autant que faire se peut en collaboration avec les adultes responsables.
- Si les adultes responsables peuvent se mobiliser et accompagner, penser une aide avec eux.

Il est noté que certaines conduites à risque sont des comportements suicidaires détournés ou non élaborés.

Voir aussi Comportements suicidaires*

Symptômes psychopathologiques : dépression, psychotisation, bizarreries, prise ou pertes de poids rapide ou anormale.

Ce sont des symptômes importants qui, à l'adolescence, peuvent être réactionnels, être temporaires ou durables sans signer nécessairement une pathologie psychiatrique avérée, ou au contraire signifier l'entrée dans un trouble plus important. Il convient de les prendre au sérieux et d'en investiguer le sens et la portée avec des professionnels habilités à le faire sous un angle pluridisciplinaire, et en lien avec les parents. Ils doivent pouvoir être mis en perspective avec l'histoire du jeune et de sa famille, avec des événements actuels, passés et transgénérationnels, ainsi qu'avec le contexte de vie du jeune pour en comprendre le sens, la gravité et poser une indication de traitement.

Tableaux psychiatriques : psychose, autisme, états limites, perversion, psychopathie, etc.

Ce sont des tableaux pédopsychiatriques qui nécessitent parfois une coordination entre intervenants : soins pédopsychiatriques, accompagnement psycho-éducatif, enseignement spécialisé, aide à la jeunesse. Cette articulation est d'autant plus nécessaire lorsque l'enfant est en grande difficulté ou en danger dans sa famille.

Un jeune présentant un « tableau psychiatrique » peut avoir un comportement qui nécessite le recours au SAJ ou au SPJ. L'aide à mettre en place est alors à construire en concertation avec l'équipe spécialisée, le jeune et ses parents en tenant compte du type de fonctionnement psychique qui est le sien, de ses effets et de ses limites.

Troubles alimentaires (anorexie, boulimie, perte et prise de poids)

Les troubles alimentaires peuvent se manifester en réaction à un événement de vie douloureux (séparation amoureuse, séparation du couple parental, décès d'un proche, maladie physique ou mentale ou encore accident d'un proche, etc.). Ces manifestations peuvent être passagères ou durables. Elles peuvent relever d'un état dépressif et/ou d'un retournement de l'agressivité contre soi-même ou encore d'une volonté de reprise de maîtrise sur soi de quelque chose qui échappe au contrôle à l'extérieur de soi.

Ils peuvent également être réactionnels à un événement traumatique qui touche à la sphère intime et à l'image de soi (abus, maltraitance, inceste, humiliation, harcèlement, séduction inappropriée du parent, moqueries excessives etc.). Cet événement isolé ou ces événements

répétitifs peuvent s'être produits dans la famille ou en dehors d'elle. Ils peuvent être actuels, récents ou passés et ressurgir en raison du processus adolescent.

Les troubles alimentaires peuvent aussi être la résultante d'interactions problématiques inscrites de longue date dans la famille.

Ces troubles peuvent être passagers, durables sans être pathologiques, ou au contraire devenir ou être pathologiques.

Il convient d'en investiguer le sens et de recourir à une approche thérapeutique ambulatoire ou hospitalière. Cette approche devra être individuelle et éventuellement familiale selon des modalités à construire par les professionnels habilités à le faire et autant que faire se peut en accord avec le jeune et/ou ses parents.

Troubles de l'attachement

Voir fiche III. 2. « Les troubles de l'attachement »

Troubles des apprentissages et difficultés scolaires

A l'adolescence, les causes peuvent en être multiples et relever d'une problématique sous-jacente, importante ou non. C'est une voie d'expression préférentiellement choisie par de nombreux jeunes pour montrer leurs difficultés. L'école peut devenir un lieu de dépôt de difficultés d'ordre psychoaffectives. L'adolescent peut également être tellement pris par des questions personnelles que son énergie ne pourra pas être consacrée aux apprentissages. Il n'est pas rare que des adolescents inhibent leurs capacités en raison d'enjeux relationnels familiaux ou transgénérationnels. Cela peut signifier une problématique présente depuis longtemps, une exacerbation ou une mise en lumière de difficultés relatives à l'histoire du jeune et de sa famille ou être une réaction à des événements actuels. Il convient de comprendre avec l'adolescent ce qui se passe dans une approche individuelle et éventuellement familiale.

Fiche III. 4. Signes de souffrance de l'adulte

Un parent, ou les deux, peuvent présenter des signes de souffrance psychique, des troubles psychiatriques, parfois chroniques, parfois temporaires ou liés à une difficulté passagère. Les tableaux peuvent être très différents : toxicomanie/addiction sévère, alcoolisme, psychose, maniaco-dépression, dépression, mélancolie, dépression du post-partum, perversion, psychopathie, problématiques narcissiques, hystérie grave, errance, souffrances liées à l'exil, souffrances liées à un changement social ou affectif, etc. Dans certaines situations, le diagnostic est clairement posé, le parent en est conscient. Dans d'autres, rien n'est dit, mais des signes ou des symptômes sont perceptibles.

Par ailleurs, un même vocable diagnostique peut recouvrir des situations différentes en fonction des singularités individuelles, du traitement en cours, des relais possibles, des professionnels qui ont posé le diagnostic, etc. Ou à l'inverse, une même situation peut être diagnostiquée différemment selon les professionnels, leurs formations et leurs écoles, etc.

Il convient de reconnaître aux parents leur place, leurs compétences et leurs limites. Si la souffrance du parent peut être rencontrée et un diagnostic éventuellement posé, il est, avant tout, important de repérer avec lui, dans la mesure du possible, en quoi cela affecte sa parentalité et l'empêche dès lors de rencontrer les besoins de l'enfant.

Par ailleurs, il est essentiel que l'enfant puisse être reconnu dans ce qu'il perçoit comme étant inquiétant, problématique ou effrayant chez son parent, ainsi qu'être accompagné dans la meilleure compréhension possible de ce qui se passe, dans le respect de ses parents, de ses capacités, de ses limites et de ses émotions positives comme négatives.

Une aide pour l'enfant peut alors se construire avec les parents, l'éventuel réseau naturel, une éventuelle famille d'accueil, en collaboration avec les professionnels en présence, associant les référents de l'enfant et les référents des adultes

À quoi être attentif ?

- À l'âge et au vécu quotidien de l'enfant. Ses besoins sont-ils rencontrés ou non ? Ses lieux de développement et de socialisation sont-ils investis et assurés ?
- À son entourage : Qui s'occupe de lui ? S'occupe-t-il de son parent ? Comment ? Quels sont ses relais en cas de problème ?
- À la fratrie : Comment va chaque enfant ? Comment les relations se passent-elles au sein de la fratrie (conflit, solidarité, les grands s'occupent-ils des petits, etc.)

- À la gestion du quotidien : Comment le parent gère-t-il son quotidien et celui de l'enfant ?
- Aux discontinuités : Quelles discontinuités pour l'enfant sont provoquées par l'état du parent ?
- À la place de l'enfant : Quelle place occupe l'enfant dans la tête du parent ? Quel discours le parent tient-il à l'égard de l'enfant ? L'enfant est-il pris dans un éventuel délire du parent ?
- À ce dont l'enfant a pu être le témoin. L'enfant qui a assisté, de près ou de loin, à des moments d'alcoolisation, de prise de drogues, à des scènes sexuelles, en est facilement honteux et sent qu'il doit en garder le secret. Il s'agit alors de respecter son silence, tout en lui signifiant qu'on peut se représenter qu'il a peut-être vu des scènes, entendu des bruits, senti des odeurs qui le dérangent et le mettent mal à l'aise.
- Un diagnostic du parent est-il posé ou non ? Par qui ?
- Qui peut le nommer et l'expliquer ?
- Le parent en difficultés reconnaît-il sa situation ? Qu'en dit-il ? Quelle aide demande-t-il ?
- Et l'autre parent ?
- Quelle place occupe l'autre parent par rapport à l'enfant et par rapport à la situation de son conjoint ? Est-il lui-même en difficultés ?
- Si les deux parents sont en difficultés : qu'en disent-ils, quels sont les relais et les suppléances* possibles ?
- Le traitement éventuel est-il suivi ? S'il n'y a pas de traitement, l'aide peut-elle être proposée, acceptée et suivie ?
- Si le diagnostic est posé, qu'en comprend chaque parent et l'enfant ?
- Si non, le ou les parents ou quelqu'un peut-il témoigner de ce qui se passe ?
- Y a-t-il des membres du réseau* naturel ou professionnel pour témoigner du parent et de l'enfant ?
- Des relais existent-ils, sont-ils fiables et utilisés ?
- L'enfant peut-il vivre avec son parent dans ces conditions et avec quels supports ?
- Si l'enfant ne peut pas vivre avec son parent, comment en parler avec chacun et comment favoriser des moments où les capacités parentales peuvent être vécues et transmises dans les bons contextes pour les favoriser.
- Qui peut alors suppléer à ce quotidien ?

Signes d'alerte

- Le parent ne parvient pas à avoir une attention soutenue et continue pour son enfant.
- Le parent est changeant et instable, imprévisible dans ce qu'il fait pour l'enfant.
- Hospitalisations répétées du parent sans relais sécurisant pour l'enfant (il n'est pas pris en charge correctement, il ne voit pas son parent, etc.).
- Environnement discontinu, chaotique, dangereux, avec des mises en danger actives ou passives pour l'enfant.
- Le parent est isolé ou a peu de relais.
- L'autre parent n'est pas un appui ou est insuffisamment protecteur.
- Les deux parents sont en grande difficulté psychique.
- Le parent prend difficilement en compte la situation et le vécu de l'enfant.
- Le parent tient de manière récurrente ou constante un discours négatif ou dévalorisant concernant l'enfant.
- Le parent se sent dépassé par l'enfant ou par la situation ; il démissionne dans l'éducation ou devient violent ou se déprime gravement
- Le parent exprime un épuisement sévère ou des envies de passage à l'acte.
- Le parent se sent persécuté par son enfant.
- Le parent présente des moments de délires en présence de l'enfant.
- L'enfant est un nourrisson.
- L'enfant présente des signes de souffrance.
- L'enfant a peu de ressources sur lesquelles s'appuyer comme, par exemple, des personnes pour le soutenir dans son entourage ou des capacités personnelles (selon son âge).
- Absentéisme scolaire ou à la crèche.
- L'enfant a peu de lieux de socialisation.

Comment intervenir ?

- Construire une représentation dans le sens proposé par les fiches généralistes.

- Tenir compte des maltraitances possibles reprises dans la partie « problématiques critiques ».
- Mettre en place une évaluation pluridisciplinaire par des professionnels habilités à le faire.
- Ne pas s'en tenir au seul discours du ou des parents.
- Une fois le diagnostic des difficultés posé, repérer avec les professionnels habilités à le faire : les effets de la souffrance du parent ou des parents sur les fonctions parentales et sur l'enfant.
- Mettre en place une aide et l'évaluer sans tarder.
- Veiller à ce que l'enfant, même s'il ne peut pas voir son parent ou si les contacts doivent être encadrés et/ou espacés, puisse interroger ce qui se passe pour son parent, sa famille et lui-même et à ce que lui soit expliqué la situation et l'état de son parent selon des modalités à construire avec les intervenants et, si possible, avec le ou les parents.
- Veiller à ce que les éventuels temps d'hospitalisation soient réfléchis afin que le parent et l'enfant puissent rester en lien de façon adaptée. Cette façon adaptée doit être pensée avec les réseaux en présences. (celui du parent, celui de l'enfant, celui de la famille).
- Sans culpabiliser, en s'en tenant aux faits sans porter de jugement, l'agent peut « énoncer » les difficultés et les ressources des parents « sans dénoncer ». Au besoin, la « méchante connotation positive »* peut aider l'intervenant à nommer ce qui se passe.
- Particulièrement dans le cadre d'un placement, cheminer avec le parent pour qu'il arrive à se situer avec ses difficultés et ses limites face à l'enfant. Soutenir aussi le parent pour qu'il évite de tenir des promesses à son enfant, qu'il ne pourra pas concrétiser. On peut dire que le meilleur cadeau que le parent peut offrir à son enfant est de lui communiquer, sans faux semblant, s'il se sent prêt à venir lui rendre visite ou pas. Si cette attitude est trop difficile à tenir pour le parent, on peut en parler avec l'enfant en présence du parent : « Papa (ou maman) aimerait beaucoup venir te voir mais parfois, il n'est pas bien et cela lui fait mal au cœur de te le dire. » Ainsi, face au parent en trop grande souffrance pour élever son enfant au quotidien et qui promet qu'il fera tout pour que son enfant quitte l'institution, on peut dire : « J'entends que vous souhaitez très fort reprendre votre enfant et en même temps, peut-être au fond de vous-même, vous sentez bien que c'est difficile à mettre en œuvre dans la vie de tous les jours et cela vous fâche. »
- Si un parent est en prison, éviter d'expliquer l'incarcération par « Papa (ou maman) a fait une *bêtise* » et dire plutôt : « Papa (ou maman) n'a pas respecté la Loi ». Voir avec

le parent ce qu'on peut en dire. L'enfant peut en effet se mettre à faire de plus en plus de bêtises pour vérifier s'il aura le même sort que son parent.

Pour en savoir plus :

- Fonction parentale, maternelle et paternelle*
- Jalons d'évaluation clinique des situations de défaillance parentale*
- « Méchante connotation positive* »
- Réseau*
- Suppléance*
- BOILY M., SAINT-ONGE M., TOUTANT M.-T., 2006, *Au-delà des troubles mentaux, la vie familiale*. CHU Sainte-Justine
- DELION P. *La fonction parentale* Temps d'arrêt Yapaka.be
- FAORO-KREIT B., (sous la direction de), 2011, *Les enfants et l'alcoolisme parental*, Erès, La vie de l'enfant, Toulouse
- MUGNIER J.-P., 2005, *La promesse des enfants meurtris*, Fabert, coll. Psychothérapies créatives, Paris

Fiche III. 5. Souffrances des familles

Les familles sont traversées par des cycles de vie, des épreuves, des séparations, des conflits, etc. Ces étapes familiales peuvent entraîner des crises mobilisant l'histoire des générations qui précèdent et les différentes composantes du groupe familial (couple, parents, fratrie, grands-parents, etc.). Elles risquent de déstabiliser l'équilibre du système avec plus ou moins d'intensité et plus ou moins de gravité.

Le système familial en crise devra trouver de nouvelles ressources qui favoriseront des changements de la condition précédente vers un nouvel équilibre. Il est intéressant d'aborder une famille en essayant de comprendre ce qu'elle traverse. Dans quelle étape de son cycle de vie est-elle ? Et dans quel moment de déséquilibre ou de re-questionnement de ses composantes se trouve-t-elle (séparation conflictuelle, rupture, deuils, maladies, handicap d'un des membres, recomposition, incarcération d'un parent, répétitions de difficultés transgénérationnelles, naissance, etc.) ? Ces éléments peuvent éclairer les souffrances à l'œuvre dans une famille et favoriser la mise en place d'un travail permettant d'y donner sens et de tenter les dépasser.

Quelles questions poser ?

- Qui compose la famille (nucléaire et élargie) ?
- Quelqu'un vient-il d'arriver dans la famille ? Un membre de la famille est-il parti (séparation, hospitalisation, incarcération, « fugue », etc.) ?
- Quel est le parcours de cette famille ?
- Dans quel cycle de vie se trouve actuellement cette famille ?
- Comment fonctionnent les liens au sein de cette famille, et avec l'extérieur ?
- Y a-t-il des traumatismes familiaux qui se répètent (sur plusieurs générations) ?
- Qui présente des signes de souffrance ? Que peut en dire et en ressentir chaque membre de la famille ? Qui semble en être le plus affecté ? Qui se plaint le plus ? À qui ? De quoi ?
- Qui demande de l'aide ? Qui est capable de nommer les difficultés ? Comment cela est-il reçu au sein du groupe familial ?
- Qui semble en souffrir le plus ?

- Quelle est la place des différentes générations ? Comment les limites, les frontières, les règles et les intimités sont-elles posées ?
- Existe-t-il des conflits de cultures ? De valeurs éducatives ?
- Des souffrances liées à l'exil ou à l'immigration sont-elles perceptibles ?
- Comment le couple parental et conjugal fonctionne-t-il ?
- Y a-t-il séparation, divorce, rupture entre les parents ? Comment cela se passe-t-il ? Est-ce la première séparation du couple, pour chaque parent ? Est-ce une séparation conflictuelle ? Gravement conflictuelle ? Depuis combien de temps ?

Pour en savoir plus :

- Crise*
- Mythe familial*
- Souffrance non reconnue du parent*
- CALICIS F., 2006, La transmission transgénérationnelle des traumatismes et de la souffrance non-dite, *Thérapie Familiale*, Genève, 3, 229-242

Fiche III. 6. Souffrances liées aux migrations

Comprendre les logiques sous-jacentes et les rencontrer pour agir. Raconter ce que vivent les gens, leurs mondes sociaux, leurs expériences, découvrir leurs lieux, leurs logiques, leurs langages. Trouver les bons partenaires de réseau.

A. Soutenir le travail de l'exil*

La migration n'est pas nécessairement une souffrance, mais elle doit donner lieu au « travail de l'exil », à savoir une création identitaire continue, irréversible, faite d'oscillations. Les personnes se sentent autres au contact du pays d'accueil, elles ne sont plus « les afghanes », les marocaines, ... qu'elles étaient. Elles changent au contact de leurs expériences de vie actuelle et de leurs nouvelles affiliations. Avec parfois le sentiment d'être étranger là-bas et ici. Elles oscillent d'un modèle avec l'autre avec le temps, enfant après enfant, avec des moments où les conflits de loyauté* les font souffrir, où elles ont l'impression de trahir leur communauté d'origine, en adoptant de nouvelles normes et valeurs. Parfois elles ont l'impression d'être stigmatisées comme étrangères dans le pays d'accueil, en dépit des efforts qu'elles font pour y trouver place. À d'autres moments, elles ont le sentiment d'une grande richesse, d'une grande liberté, de pouvoir choisir des valeurs, des modes de vie et des normes nouvelles qui les émancipent par rapport aux traditions de là-bas.

Ce travail de l'exil peut aussi être mis en souffrance, quand les personnes ne peuvent pas s'affilier, nouer de bonnes relations avec la société d'accueil : problèmes de papiers, problèmes de discrimination, enfermement dans les centres d'asile ou communauté d'exil... Quand le travail de l'exil devient « souffrance de l'exil », il peut y avoir irruption de symptomatologie dans les familles. Ainsi les interventions doivent éviter d'augmenter ces mises au ban, donner une place et soutenir les sécurisations.

A. 1 Travail sur les traumatismes

Les personnes peuvent être fragilisées par des vécus traumatiques survenus avant le départ ou pendant le trajet. Les personnes ont parfois dû s'endurcir, côtoyer la mort de près, affronter le sadisme d'autrui, la cruauté, la haine, ... Elles ont alors des difficultés à nouer des relations, à apprendre la langue, à vivre avec leurs angoisses, ce qui peut créer des symptômes dans les familles. Les interventions doivent permettre l'élaboration et la reconnaissance des situations de déshumanisation vécues par les personnes. Les violences subies par un parent (génocide, torture, etc.) l'empêchent parfois d'être en contact émotionnel avec lui-même et donc avec son enfant. Il y a une coupure de l'affect qui peut entraîner de la violence. Il y a à trouver des lieux où ce vécu puisse se déposer afin qu'une ré-humanisation puisse se vivre pour le parent et pour l'enfant.

A. 2. Oubli vs Travail de deuil

Certaines familles tablent sur le silence, l'oubli, sur la distance géographique pour se protéger du potentiel de souffrances qu'elles ont vécu. Cependant, ce potentiel de souffrances non

élaborées peut ressurgir et atteindre les relations parents-enfants (surprotection ou désaffectation), resurgir sous forme de symptômes chez l'enfant, de conduite à risque, de méfiance par rapport aux humains en général. Tout en respectant la volonté d'oubli, les interventions doivent pouvoir permettre d'élaborer un récit qui noue le passé et le présent. Quand l'enfant souffre, porte les symptômes, il peut être essentiel d'offrir un espace de narration qui permette de renouer les fils entre l'être que le parent était là-bas et l'être qu'il est devenu ici. Ceci en étant particulièrement attentif aux risques d'effondrement.

Nous distinguons la « mémoire d'appel » de la « mémoire de rappel » (Siegfried Hirsch in, Fossion, Rejas, 2007). La mémoire d'appel consiste à demander comment les personnes ont fait pour s'en sortir, sans leur demander d'évoquer le traumatisme. Cela les met en lien avec ce qu'ils ont réussi et évite de répéter le traumatisme indicible même si elles y pensent tout le temps. La mémoire de rappel quant à elle, fait référence à l'évocation des moments douloureux. Pour l'aborder, il faut parfois beaucoup de temps et parfois cette évocation reste impossible. C'est à respecter.

B. Soutenir les métissages socio-culturels*

Le métissage, c'est établir de fragiles passerelles entre la filiation et les affiliations. L'enfant métissé est un enfant exposé quand les normes du pays d'accueil et d'origine deviennent antinomiques. Le métissage s'opère dans les temporalités et les lieux. Il faut pouvoir circuler (quitter le centre d'asile, passer d'un quartier à l'autre, d'un cercle à un autre, fréquenter d'autres personnes). Il faut aussi pouvoir circuler en sortant des assignations : quand on n'a pas accès au travail, qu'on se sent discriminé, il peut y avoir assignation et repli. Quand le métissage des valeurs éducatives et des cultures n'est pas possible, parce que les gens sont enfermés spatialement, scolairement, etc., les troubles du métissage apparaissent :

- Ne plus savoir éduquer (on doit tout oublier, on donne des objets,...)
- On transmet des valeurs éducatives rigides, obsolètes à partir de valeurs d'origine reconstruites ou fantasmées qui peuvent faire violence aux enfants et adolescents d'ici.

L'objectif est de faire circuler des mots sur l'histoire, différentes possibilités de participer à la société d'accueil, d'éviter de renforcer le repli, l'enfermement, parfois aussi de sécuriser et de refaire espace de transmission.

Pour en savoir plus :

- Métissages socio-culturels*
- Précarité et disqualification sociale*
- Travail de l'exil*
- FOSSION P., REJAS M.-C., 2007, Prise en charge des familles traumatisées – L'apport de Siegfried Hirsch

- JAMOULLE P., MAZZOCCHETTI J., 2011, *Adolescence en exil*, Louvain-la-Neuve, Academia Bruylandt
- JAMOULLE P., 2013, *Par-delà les silences, non-dits et ruptures dans les parcours d'immigration*, Paris, La découverte
- MARTEAUX A., 2002, La fragilisation de la fonction paternelle dans le processus migratoire, *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 28, 166-174, Bruxelles, De Boeck

Fiche III. 7. Souffrances liées à la précarité*

La pauvreté et la grande précarité peuvent tenir à distance les professionnels qui auront des difficultés à s'identifier aux personnes précaires, à appréhender leurs logiques, leurs lieux de vie et leurs styles relationnels. Pour que ces personnes puissent être prises en compte et rencontrées, il faut souvent prendre le temps de les écouter longuement, de partir de leurs sensibilités, de leurs façons de comprendre le monde, de leurs ressentis et de leurs modes d'expression. Comprendre leurs vécus d'expérience, leurs réalités quotidiennes et leurs codes sociaux, permet de mieux déployer leurs ressources et de les étayer par rapport aux difficultés qu'elles rencontrent, de trouver les bons partenaires de réseau.

La précarité* est une situation qui n'est pas uniquement liée à la pauvreté mais la pauvreté entraîne généralement de la précarité. La précarité est un état que nous traversons tous car nous avons fondamentalement besoin de l'autre (le nourrisson, le malade, le vieillard, au quotidien). C'est la base de l'entraide et de la solidarité, dans le respect et la réciprocité, c'est une précarité positive et saine. A l'inverse, la précarité dont il est question ici est une précarité négative : c'est la perte de la sécurité des ressources sociales et de l'avenir. Les familles précaires vivent souvent des situations socio-économiques difficiles ou vivent dans la pauvreté. Est pauvre celui qui a peu, est précaire celui qui a peur. La précarité a tendance à fragmenter et isoler. Le corps peut prendre une place importante. Les familles précaires ne sont pas forcément négligentes ou maltraitantes, elles trouvent souvent des manières de se débrouiller, parfois hors de la norme, pour assurer leur quotidien et leur parentalité. Ces débrouilles sont parfois illégales mais sont l'expression de ressources face à une domination sociale et une manière de retrouver de la dignité sans que la fonction parentale ne soit problématique. Elles répondent souvent à des codes sociaux différents qui semblent préjudiciables au développement de l'enfant : il fait sale, c'est le désordre, la nourriture n'est pas toujours abondante mais l'attention apportée aux enfants et à leurs besoins globaux est adéquate, même si manquent parfois les moyens d'y parvenir.

D'autres familles, au contraire, cumulent des difficultés qui vont avoir des répercussions sur le développement et le bien-être de l'enfant (consommation, négligence, violence, promiscuité avec effacement des frontières de l'intime, etc.).

Il est important de faire la différence pour travailler avec ces familles. Il s'agira d'en comprendre leurs logiques, leurs causes et leurs conséquences, et d'interroger les ressources et les supports sociaux aussi différents soient-ils de nos représentations classiques.

- Est-ce à cause des conditions sociales violentes dans lesquelles vivent ces familles qu'elles sont confrontées à des difficultés ? Dans ce cas, c'est sur les conditions qu'il faut agir tout en travaillant sur les interactions. S'il y a moins de pression sociale, l'éventuelle violence disparaît-elle ?

- Est-ce une situation liée à d'autres problématiques que les conditions sociales ? Dans ce cas, il faut travailler les problématiques sous-jacentes.
- Il est important de repérer qui a pu nouer des contacts avec ces familles, très souvent méfiantes ou trop dans la honte et la peur pour pouvoir faire face à des rencontres avec les travailleurs sociaux et créer les conditions pour un travail autour de la parentalité.
- Comprendre les logiques et la micro-culture à l'œuvre dans cette famille.

Par exemple :

Si l'enfant ne va pas à l'école, questionner ce qui chez le parent l'empêche d'autoriser son enfant à aller à l'école ? Est-ce que c'est la honte, la peur, est-ce que c'est l'espoir qu'on met ou pas dans l'école, la valeur qu'on lui donne ?

S'il n'y a pas d'hygiène, et que c'est rempli d'animaux, est-ce que c'est une façon de faire famille et de s'auto-protéger ? Est-ce le reflet de l'état psychique désordonné du parent ?

Pour en savoir plus :

- Précarité et disqualification sociale*
- FURTOS J. (dir), 2008, *Les cliniques de la précarité. Contexte social, psychopathologie et dispositifs*, Masson, Paris
- JAMOULLE P, 2009, *Fragments d'intime. Amours, corps, et solitudes aux marges urbaines*, La Découverte, Paris
- JAMOULLE P, 2008 (2005), *Des hommes sur le fil. La construction de l'identité masculine en milieux précaires*, La Découverte/Poche, Paris
- JAMOULLE P, 2009 (2002), *La Débrouille des familles. Récits de vie traversés par les drogues et les conduites à risques*, De Boeck Louvain-la-Neuve /Poche
- JAMOULLE P, 2000, *Drogues de rue. Récits et styles de vie*, De Boeck, col. Oxalis, Louvain-la-Neuve

IV. NOTIONS

IV. NOTIONS

1. Analyse de la demande selon Neuburger

Robert Neuburger distingue trois éléments dans une demande de thérapie : le symptôme, la souffrance et l'allégation (le fait de chercher de l'aide, de mettre en avant, de porter la demande). Si ces trois éléments sont présents au niveau d'une seule personne - c'est-à-dire, que cette dernière à la fois présente des symptômes, souffre et exprime une demande d'aide – une psychanalyse semble indiquée.

Bien souvent cependant, ces trois éléments sont dispersés dans le groupe familial, voire ajoutons-nous dans la famille et son entourage. Une personne présente des symptômes, une autre en souffre et une troisième allègue la demande. Ainsi, « un sujet présente un symptôme dont il souffre mais qu'il n'allègue pas, pour demander de l'aide. » Il y a alors « clivage entre souffrance et allégation. » Ou encore « un sujet présente un symptôme mais n'en ressent pas apparemment de souffrance et encore moins de demande d'aide. » Il y a alors « clivage entre symptôme et souffrance ».

Pour appréhender une situation, l'auteur propose « une exploration systémique des éléments de la demande » au travers de questions circulaires, qui impliquent l'ensemble du système familial.

- Qui pose le plus de problèmes à la famille actuellement ?
- Qui pensez-vous, souffre le plus de la situation ?
- Qui se montre le plus préoccupé de la situation ?

NEUBURGER R., 1980, Aspects de la demande : la demande en psychanalyse et en thérapie familiale, *Thérapie familiale*, 2, 133-144

Muriel Meynckens

2. Assistance

« La fonction assistance est celle qui accompagne le système-client dans sa recherche d'une solution juste et équitable pour tous, tout en lui permettant d'être le maître d'œuvre du changement visé. Cette fonction regroupe des facteurs propres au système-client, lui confie la responsabilité du changement à produire ; en effet, c'est lui qui décide de rendre disponible l'information nécessaire pour produire le changement et pour valider les éléments de suppléance fournis par l'intervenant. Cette fonction fait davantage appel aux compétences relationnelles. S'engager dans la fonction d'assistance exige une attitude de réception et d'accueil face à toute l'information transmise spontanément par le système-client. » (Brisson Pierrette, 2012)

BRISSON P., SAVOUREY M., 2012, Protection de l'enfance et de la jeunesse. Comment accompagner la famille autrement. *Chronique sociale*, Lyon, p.81.

3. Attachement et liens

Les liens se constituent à partir de relations concrètes, de la présence et de l'absence de figures d'attachement qui doivent présenter certaines qualités, de fantasmes, d'événements de vie, de réalités quotidiennes ; en fonction aussi de la qualité des contacts, de la transmission et de la narration d'histoires transgénérationnelles. Pour chacun de nous, nos modalités d'attachement se construisent essentiellement sur un mode singulier et subjectif.

Les liens d'affiliation sont les liens que les êtres humains, profondément sociaux, créent et choisissent en fonction de leurs affinités électives et de leurs sentiments d'appartenance.

Les liens de filiations sont, quant à eux, liés aux liens biologiques, légaux ou d'adoption. Ils sont régis par des droits et de devoirs et relèvent des dispositions légales.

Différents liens coexistent dans la vie d'un enfant, en fonction de son étape de vie et de la constitution de son milieu d'appartenance. Dans quel type de structure familiale est-il inscrit : famille de naissance, famille d'accueil, famille adoptive, famille de parrainage, famille recomposée, famille homoparentale, famille à géométrie variable, famille monoparentale, placement en institution résidentielle ou placement familial, parent de cœur, parent biologique, géniteur, parent nourricier, parent d'accueil, parent de suppléance, tuteur de résilience, etc. ?

Beaucoup de configurations sont possibles, ce qui occasionne pour l'enfant, et tout autant pour les adultes qui l'entourent ainsi que pour les professionnels qui l'encadrent, la mise en jeu de relations complexes. Ces enjeux sont relatifs aux multiples dimensions qui s'entrecroisent, qu'elles soient biologiques, psychologiques, culturelles, affectives, juridiques ou bien encore éthiques.

Il convient de chercher à comprendre le contexte relationnel dans lequel est inséré l'enfant et de l'aider à se situer dans sa constellation singulière, en tenant compte de toutes les dimensions qui sont à l'œuvre pour le meilleur et le pire. C'est en repérant les enjeux manifestes et latents pour toutes les personnes et pour le système en présence que pourra se construire un accompagnement ajusté où l'enfant sera plus libre de vivre ses liens et de construire son propre récit biographique.

« Le hérisson a les deux pieds sur terre, comme moi. Et tous les picots sur le dos, ce sont tous les liens qu'on peut faire. Il y a des liens qui ne font pas du bien et d'autres qui en font. Mais dans tout lien, à un moment ou à un autre, il ne faut pas se leurrer, il y a un picot. »

In : *Le lien c'est toute une histoire. À la rencontre du secteur de l'Aide à la jeunesse*, DETIFFE M. et MYTTENAER C. 2004, M.D. Édition ; www.aidealajeunesse.be

KINOO P., 2002, *J'ai deux mamans, deux papas et un père : à propos de la représentation des liens de filiation*, *Enfances-Adolescences*, vol. 3, De Boeck, Louvain-la-Neuve

Sophie Tortolano et Christine Vander Borgh

4. Autorité parentale conjointe (voir aussi coparentalité)

La loi belge stipule que l'autorité parentale doit être exercée conjointement par chacun des deux parents « légaux » de l'enfant, que ceux-ci soient mariés ou non, qu'ils vivent ensemble ou non. Sauf décision d'un tribunal, ce principe reste d'application que le couple soit séparé, en crise ou en conflit. Pour les décisions importantes qui concernent la vie de l'enfant, les parents doivent pouvoir en discuter et prendre la décision ensemble. Ou à minima, ils doivent pouvoir entériner ensemble une décision prise pour l'enfant. Les décisions quotidiennes d'ordre moins important peuvent, quant à elles, être prises par le parent qui est avec l'enfant au moment où elles doivent se décider.

L'autorité parentale concerne, entre autres, des décisions sur :

- la santé
- l'éducation
- la formation
- les loisirs
- l'orientation religieuse ou philosophique
- etc.

Après un divorce ou une séparation de fait, l'autorité parentale est exercée soit par les deux parents conjointement, soit par la personne qui s'est vu confier l'autorité parentale.

Le législateur privilégie toujours l'exercice conjoint de l'autorité parentale. Mais il se peut que l'un des parents exerce l'autorité parentale de manière exclusive.

Le parent qui est confronté à un ex-partenaire qui a l'autorité parentale exclusive, ne peut prendre part qu'aux décisions qui concernent les éléments de l'autorité parentale déterminés par le juge. Ce parent conserve toutefois le droit d'entretenir des relations personnelles avec l'enfant, le droit de surveillance sur l'éducation et peut demander tous les renseignements utiles à ce sujet. Il entretient avec l'enfant des relations personnelles. Ces relations personnelles ne peuvent lui être refusées que pour des motifs très graves. Portail belgium.be Famille>Couple>Divorce Séparation>Autorité parentale

Sophie Tortolano

5. Bouc émissaire

Le bouc émissaire est un individu choisi par le groupe auquel il appartient, pour endosser, à titre individuel, la responsabilité d'une difficulté, d'un problème ou d'une faute collective. Le bous émissaire fait fonction de victime expiatoire. Dans un groupe, familial ou professionnel, cette fonction victimaire permet aux membres du groupe d'assurer leur cohésion « contre » celui qui est ainsi désigné comme ennemi commun. Au sein d'une famille, on parle de « patient désigné ». À noter que celui-ci est également partie prenante de cette posture : il a de « bonnes raisons » de fonctionner ainsi, tant pour tenter de trouver une solution pour la dynamique familiale qu'en ce qui concerne sa dynamique personnelle (cfr parentification*). C'est pourquoi, en systémique, il s'agit toujours d'avancer en envisageant les risques liés au changement.

Sophie Tortolano, Christine Vander Borgh et Muriel Meynckens

6. Clivage

Le clivage est un mécanisme psychique complexe. Le clivage rappelle le fonctionnement d'un enfant en dessous d'un an et demi pour lequel le parent est soit « tout bon », lorsqu'il contente le nourrisson, soit « tout mauvais » lorsqu'il le frustre. En miroir, l'enfant se vit comme « tout puissant » ou « tout nul ». Ce qui peut être très angoissant. Pour dépasser ce clivage, l'enfant accède à l'ambivalence entre 1,5 et 3 ans mais c'est aussi un travail qui se poursuit durant l'enfance et l'adolescence) : la même personne peut être vue à la fois comme « bonne et mauvaise », ce qui est plus rassurant car une difficulté ne vient pas effacer les bons moments. (Voir Cancrini, 2009), où il explique que le fonctionnement borderline s'appuie sur le clivage et que la personne oscille alors du noir au blanc, sans voir les nuances intermédiaires).

Le clivage peut être actif entre intervenants et au sein de la famille. Il s'agit de deux positions différentes, parfois même contraires qui se mettent à ne plus communiquer entre elles et même à s'opposer. L'enfant va dire « ma mère est toute bonne » et « mon père est tout mauvais ». Un intervenant va dire « Ce parent est inadéquat » alors que l'autre dira « Ce parent fait tout ce qu'il peut ». Les intervenants vont entrer en conflit. Autre possibilité de clivage, un enfant va être insupportable dans un lieu où il se montre en grande détresse alors qu'il se montre tout à fait bien ailleurs. Habituellement, tous les aspects relevés existent bel et bien mais se déposent différemment chez les uns et chez les autres, dans un lieu ou dans l'autre. Cela résulte souvent du fonctionnement de la famille ou d'un parent et du fait que

chaque intervenant est sollicité personnellement à un niveau émotionnel qui lui est spécifique, par l'un ou l'autre membre. Nous pouvons alors observer des isomorphismes entre ce qui se joue entre intervenants et au sein de la famille.

Cela demande donc une compréhension fine et complexe par des professionnels ayant la formation pour le faire ET la capacité des intervenants de construire une compréhension commune, y compris par l'intégration des points de vue différents. Il importe de comprendre ce phénomène et de mettre en dialogue les discours. Cela peut donner une indication sur les ressources bienveillantes comme sur les limites et les inadéquations selon les contextes.

Un clivage peut aussi se retrouver au sein d'une fratrie, dans laquelle chaque enfant se trouve dans un camp, soit celui du père, soit celui de la mère. Les tensions intra-fratrie peuvent être à leur paroxysme avec l'idée pour les frères et sœurs qu'il est impossible de se parler. Bien souvent, une fratrie clivée est en isomorphisme avec les tensions majeures entre parents.

CANCRINI L., 2009, *L'Océan borderline - troubles des états-limites, récits de voyage*, De Boeck-Carrefour des psychothérapies, Bruxelles

Sophie Tortolano et Muriel Meynckens

7. Comportement suicidaire

Quand une menace de suicide plane sur un parent, sur les membres d'une famille ou encore sur les intervenants impliqués dans la situation, c'est la menace d'abandon qui infuse dans tout l'entourage appelé alors à manifester sa solidarité. Le suicide apporte un désaveu total à ces manifestations. Beaucoup de questions se posent : l'acte suicidaire est-il l'expression d'une liberté ? D'un choix ? D'un droit ? De la part d'un sujet ? De la part de la société ?

Marco Vannotti (2013) pose comme préalable aux réflexions sur ce thème, que l'acte suicidaire correspond au choix d'une personne en perte de liberté. Sa souffrance lui devenant insupportable, son acte suicidaire procède de la volonté que quelque chose finisse ; pas que quelque chose advienne.

Comme les proches, les intervenants ont à prendre position face au suicide : ils ont à clarifier leurs croyances et à définir les responsabilités auxquelles ils s'engagent dans les liens qu'ils tissent. La responsabilité professionnelle se partage entre l'obligation de bienveillance et le respect de la liberté du sujet. Cependant l'autonomie peut cacher une vulnérabilité qui appelle à un surcroît de bienveillance.

Christine Vander Borgh : notes de la conférence de Marco Vannotti : « Suicide et comportement suicidaire » (Paris, 5 déc. 2013)

8. Consentement

Il y a deux façons de comprendre le consentement ou l'accord. Il y a la façon contractuelle, ou juridique, qui distingue uniquement le « oui » ou le « non », qui marquent l'un l'accord, l'autre le refus.

Dans le travail psycho-social, cette notion est plus complexe. En effet, à y regarder de plus près, il s'agit bien plus souvent d'un « gradient de consentement », depuis un point « 0 » (refus clair et complet) au point « 100 » (accord clair et complet). Entre les deux, il y a un tout un degré de résistance, qui fait que la personne hésite, est ambivalente, dit qu'elle ne veut pas mais est quand même intéressée, dit qu'elle veut bien mais a du mal à s'engager.

Comme il n'est pas rare que lors des interventions du SAJ / SPJ, certaines familles vivent l'intervention comme une épée de Damoclès et vont dès lors parfois donner un consentement qu'ils vivent implicitement comme contraint, on comprend que tout consentement (ou refus, éventuellement temporaire) doit rester en question, en travail.

Ce « consentement en question » est d'autant plus nécessaire que la position d'une personne n'est pas constante sur ce gradient, et en outre, dans une famille, les différentes personnes (nous pensons plus particulièrement à chacun des parents) ne sont pas sur le même point de notre gradient.

Rappelons enfin que le consentement n'a de valeur que lorsque la personne a reçu les informations utiles et nécessaires. C'est cela qui permet le « consentement éclairé ».

Cette information aux familles est par ailleurs un élément indispensable non seulement pour la notion de consentement, mais aussi pour l'établissement d'un lien de confiance, puis de l'alliance nécessaire avec la famille lors des interventions.

Voir également : Article 8 du Code de déontologie de l'Aide à la Jeunesse

Philippe Kinoo

9. Coopération et consensus

La capacité de coopérer, c'est-à-dire de travailler ensemble, de co-opérer, est une des formes que prend l'intelligence collective ; elle se révèle particulièrement utile dans le travail en équipe pluridisciplinaire. Elle requiert la capacité à *se faire confiance* à soi-même, d'abord, et à faire confiance à ses collègues ensuite. C'est une construction complexe qui ne relève pas uniquement de la psychologie, car libérer les intelligences peut amener au chaos des subjectivités. Quelles sont les conditions qui favorisent le « travailler ensemble » ? Cette question renvoie aux principes éthiques qui prévalent dans les relations entre les personnes réunies autour d'une mission commune : quelles sont les modalités de communication ? Quelle connaissance ai-je de la manière dont travaillent mes collègues ? Que suis-je prêt à dire de la manière dont je travaille ? Car la confiance est indissociable de la *visibilité* entendue comme ce qui permet de rendre intelligible les pratiques de chacun et les manières de partager, se réapproprier et transmettre l'expérience acquise. Car parler permet de mettre des mots sur ce qui ne se voit pas.

Dans le contexte judiciaire, en ce qui concerne les situations de divorce et de séparation parentale, certaines juridictions privilégient déjà le modèle dit du « consensus », ou de « Cochem » mis au point dans une ville allemande, suivant en cela la tendance de ce qui se pratique déjà au Canada, par exemple. Le « bon parent », du point de vue des enfants, est celui qui respecte et valorise l'autre parent, et l'encourage même dans la relation avec son/ses enfants. Une loi votée en 2009 en Allemagne impose à tous les professionnels qui participent aux procédures de séparation et de divorce de travailler en étroite coopération. Les parents sont informés des graves conséquences, à court et moyen terme, qu'auront pour leurs enfants la non-collaboration de l'un d'eux.

DENIS C., (sous la dir.), 2012, Fruits de l'amour ou pommes de discorde, Éditions Parole d'enfant, Liège.

ARTICLE 6 du Code de déontologie de l'aide à la Jeunesse

Christine Vander Borgh

10. Coparentalité

La coparentalité est une manière de signifier que chacun des deux parents est parent pour toujours, quels que soient les avatars de la vie du couple. C'est une manière de rappeler que les enfants ont deux parents et qu'ils sont en droit, et ont besoin, de pouvoir compter sur eux sur les plans affectif, social, éducationnel et économique. La coparentalité comporte donc plusieurs axes : l'exercice de l'autorité conjointe, la mise en pratique de comportements de soutien et de respect entre les deux parents ainsi que leur implication dans le partage des tâches et des responsabilités. La qualité des relations dans l'expérience de la coparentalité est liée à la représentation et au vécu des relations conjugales passées et présentes. Corollairement, la coparentalité entraîne des devoirs pour l'intervenant. Sur le plan légal d'abord, il doit obtenir l'accord des deux parents pour toute intervention, soin, ou décision un tant soit peu importante pour un enfant (sauf urgence ou impossibilité). Sur le plan éthique ensuite, tout comme sur le plan « clinique » et du droit de l'enfant enfin, il doit pouvoir signifier à l'enfant qu'il le considère comme fils ou fille de l'un et l'autre de ses parents.

KINOO Ph., 2001, La prise en charge des enfants de parents séparés : éthique et technique, *Enfances-Adolescences* vol.1, De Boeck, LLN

Christine Vander Borgh et Philippe Kinoo

11. Crise

Dire de quelqu'un qu'il « a de la crise » c'est lui reconnaître une faculté de discernement, l'intelligence nécessaire pour comprendre ce qui lui arrive et pour distinguer l'essentiel de l'accessoire, le bon grain de l'ivraie (cfr le radical « kri », le grain). Le mot « crise » dérive du mot grec « *kritès* » : ce mot désignait celui qui émet un jugement. Chez les anciens, ce pouvait être un arbitre, un historien, un interprète des rêves..., bref quelqu'un qui, dans son domaine, et mieux que quiconque, triait le bon grain de l'ivraie. Celui qui « a la crise » est à la recherche de l'œuvre, la vraie, celle qui agrandit la conscience de soi, en étant curieux de tout, et en gardant les yeux ouverts. Quelqu'un qui s'intéresse au passé et à la manière dont nous le retraisons sans cesse.

De multiples sens ont été aujourd'hui donnés à ce mot : perturbations, défaillance, déséquilibre des forces antagonistes à l'œuvre dans tout système, transition, changement, bouleversement, recherche de solution, évolution... La crise est alors pensée comme un révélateur de ce qui s'était maintenu caché ou non exploité, et dont le dépassement conduira vers une nouvelle forme d'équilibre. Nous voulons souligner que la crise apparaît comme une manifestation de :

- danger et d'évaluation des risques
- choix à opérer en fonction des priorités
- décisions d'actions à mener
- et d'opportunités à saisir.

Une situation de crise se produit toujours dans un contexte particulier qu'il est nécessaire d'investiguer et de comprendre.

La crise peut être définie comme un moment où un changement imminent va se produire comme avant de partir en vacances. « Elle met à l'épreuve les capacités d'adaptabilité de la famille face à une situation immédiatement nouvelle pour elle. Elle nécessite à la fois la mise en place de réponses appropriées et le changement des modes habituels d'interaction. » (Dictionnaire de Th. Fam.). C'est toujours un moment de fragilité, d'ambivalence puisqu'elle

représente un moment de transition pour un système vivant, moment où du neuf est mis à l'essai dans le système.

La famille peut être ébranlée chaque fois que quelqu'un y entre ou en sort, lors des modifications de sa composition. Une naissance, l'arrivée d'un grand-parent qui vient vivre au sein de la famille nucléaire, d'un beau-parent après la décomposition familiale, ou encore un départ temporaire (à l'occasion d'une hospitalisation, d'un placement en institution ou du départ des enfants à l'étranger pour un an à la fin de la scolarité) ou définitif (lorsqu'un enfant devenu adulte quitte le nid familial ou suite à un décès), sont autant d'événements qui induisent des changements interactionnels voire des modifications des règles familiales. Ainsi, à chaque stade du cycle de vie familiale, le couple et la famille traversent une crise qui peut être plus ou moins bien dépassée, selon les capacités d'adaptation de chacun et les circonstances.

Une crise peut également survenir quand les finalités individuelles ne vont plus dans le même sens que les finalités familiales (Ausloos, 1983). Les tensions sont croissantes et peuvent amener à la dislocation du système.

Les changements de contexte sont aussi générateurs de crise. En témoignent les avatars liés à l'émigration ou à l'immigration. Ou encore, plus près de chez nous, la crise d'un jeune étudiant qui quitte la campagne pour étudier en ville.

La crise permet parfois que des choses se « publient », que des non-dits se lèvent. Encore faut-il que la parole puisse être reçue et métabolisée et qu'elle ne soit pas vécue comme un passage à l'acte.

Face à une famille, rappelons l'intérêt de garder à l'esprit ce qui se joue sur les trois générations au moment de la crise. Un fait concernant un enfant va entraîner des changements dans les interactions au sein de la fratrie, du couple parental et conjugal, de la génération des grands-parents et entre ces sous-systèmes. Rappelons ici un grand principe systémique comme quoi : « Toute relation fait partie d'une autre » (Haley, 1979)

La crise correspond souvent à un vécu de grande souffrance. Elle s'accompagne de la perte de repères : tout vacille autour de soi, on ne se reconnaît plus, divers symptômes apparaissent. Le temps s'accélère mais parfois il est complètement figé. Les émotions sont fortes et difficiles à canaliser. Les comportements de l'un ou l'autre deviennent excessifs, voire déplacés et l'on peut vite être amené erronément à diaboliser l'autre voire à lui donner des diagnostics psychiatriques. Il s'agit de rester extrêmement vigilant : personne ne connaît le pouvoir accordé aux propos tenus ni l'utilisation que l'interlocuteur pourrait en faire.

Chacun vit un désarroi dont l'intensité varie, tout comme le rapport au temps. Ceci amène au sentiment d'urgence qui fait que chacun se sent mis sous pression. La crise met donc en évidence des fonctionnements, des interactions qui correspondent à une photo instantanée de ce qui se vit intensément alors, mais pas au film qui décrit toute une histoire.

Lors d'une crise, les personnes ne sont pas très réceptives à tout ce qui se dit, n'entendent pas ou oublient. Parfois, il faut laisser le temps de digérer, revenir sur les explications.

En temps de crise plus que jamais, la façon dont les informations circulent est déterminante pour la suite, dans la mesure où le fil suivi par l'information témoigne des alliances réelles ou potentielles. Confier quelque chose à quelqu'un revient implicitement à s'en faire un allié :

« Je parle à quelqu'un de confiance », « Je te le dis à toi, car j'espère secrètement que tu pourras me soutenir », ce qui, *de facto*, exclut un autre. La personne mise à l'écart sent bien que quelque chose se trame derrière elle et devient méfiante, finit par douter d'elle-même. Le fait de ne pas se trouver au même niveau d'information biaise la communication et entrave la confiance. Qui donc est au courant ? Qui ne l'est pas ? Qui est informé de ce que les uns et les autres connaissent ?

HALEY J., 1979, *Nouvelles stratégies en thérapie familiale*, Delarge, Paris

Christine Vander Borghet et Muriel Meynckens

12. Dénî

Le déni est un mécanisme qui conduit à ne pas prendre en considération une partie de la réalité. Il peut porter sur des actes, des événements ou sur les effets de ceux-ci.

Dans la maltraitance, la question du déni est importante. La non reconnaissance de la situation de l'enfant par un ou par les deux parents est un facteur aggravant. Le déni est proche du mensonge : la définition de ce mot précise que « le déni est le refus de reconnaître une réalité dont la perception est traumatisante pour un sujet » (Dict. Robert). Or, les victimes ont besoin que leur vécu traumatique et leur souffrance soient reconnus. Même s'il aime et est loyal à son parent, l'enfant a besoin de cette reconnaissance. Selon S. Cirillo, quatre types de déni peuvent être à l'œuvre (du plus grave au moins grave) :

- la négation des faits (Ce n'est pas vrai),
- la négation de la conscience (Je ne savais pas ce que je faisais),
- la négation de la responsabilité (C'est arrivé mais c'est lui qui m'y a poussé),
- la négation de l'impact sur l'autre (Ce n'est pas si grave, il n'en souffre pas tellement).

CIRILLO S., 2006, *Mauvais parents, comment leur venir en aide ?* Éditions Fabert, Paris, pp. 54-60

Sophie Tortolano, Christine Vander Borghet et Muriel Meynckens

13. Dépistage de la maltraitance physique

Le dépistage des mauvais traitements implique de penser la maltraitance comme un diagnostic médical. On ne peut voir et entendre que si l'on a dans la tête la maltraitance comme possibilité, comme « tiroir » diagnostic, avec la gravité de ses conséquences sur le développement de l'enfant.

Il est indispensable de ne pas rester seul, de réfléchir à plusieurs et de définir ensemble une conduite à tenir.

L'objectif est alors d'aider au diagnostic, d'accueillir les enfants et parents dans les situations de maltraitance, d'assurer les soins nécessaires, de participer à un projet de soins en réseau avec les institutions partenaires impliquées dans la protection de l'enfance.

Les entretiens de consultation sont toujours réalisés en binôme car cela peut éviter à l'enfant d'avoir à répéter et répondre plusieurs fois aux mêmes questions de chaque professionnel, de permettre les regards croisés des professionnels et d'éviter leur sidération devant la violence de certaines situations.

VABRES Nathalie, Pédiatre, Rapporteur au colloque national sur les violences faites aux enfants, le 14 juin 2013, Paris.

À consulter : maltraitedesenfantsgrandcausenationale2014.wordpress.com

14. Diagnostic

Le diagnostic est l'aboutissement d'un processus complexe de réflexions éventuellement pluridisciplinaires pour arriver à la synthèse de toute une démarche. Il permet une

représentation partageable de la situation entre cliniciens ou intervenants qui cherchent une manière commune d'aborder une situation. Un diagnostic est évolutif. Il convient de le rendre explicite pour l'enfant, pour les parents, pour l'ensemble des intervenants lorsque cela est nécessaire dans la mesure du respect du secret professionnel et de la déontologie.

Établir un diagnostic est un travail en soi. C'est un travail d'aller-retour entre ce que l'on peut énoncer et ce que les interlocuteurs sont capables de s'approprier.

Sophie Tortolano

15. Double lien scindé

Antonio Ferreira (1980) a décrit un type d'interaction, appelé « double lien scindé » ou « double lien de scission », trouvé principalement dans les familles avec un délinquant. Deux membres du groupe familial, habituellement le père et la mère, émettent des injonctions discordantes. En général, un des parents donne un ordre, souvent assorti de menaces et l'autre critique subtilement cet ordre, cherche à l'adoucir, introduit un « oui mais » ou dénigre son conjoint. En commentant le message de l'autre, chaque parent le disqualifie. Ce jeu peut continuer sans que les parents le réalisent, tous deux pouvant être apparemment d'accord pour dire que c'est l'enfant délinquant qui est problématique. L'enfant, habitué à recevoir des injonctions contradictoires en provenance de son père et de sa mère qui se disqualifient, voire qui ne se parlent pas, finit par comprendre que s'il obéit à sa mère, il désobéit à son père et réciproquement. Il apprend ainsi rapidement à toujours avoir un accusateur et à se trouver un avocat. Immunisé contre les réprimandes de l'un ou de l'autre, il finit par ne plus y prêter attention et par ne pas faire l'effort d'intégrer un surmoi. Dans ces contextes, le jeune réagit par un passage à l'acte souvent dans le milieu social extérieur à la famille.

FERREIRA A., 1980, « Double lien » et délinquance, in *Changements systémiques en thérapie familiale*, ESF, Paris

Muriel Meynckens

16. Empathie

Littéralement, l'empathie exprime la capacité de quelqu'un à « entrer » dans la souffrance de l'autre, à la comprendre comme de l'intérieur. En langage courant, ce phénomène est souvent rendu par l'expression « être capable de se mettre à la place de l'autre ». Cette compréhension se produit par un décentrement de la personne qui écoute et s'avère alors capable de percevoir le point de vue son interlocuteur, sa représentation du monde, et de partager ses émotions, indépendamment de tout jugement de valeur. La « reformulation » est un des outils principaux pour mesurer le degré de validité de notre compréhension de l'autre : nous prêtons alors nos mots à l'autre en lui permettant d'acquiescer ou de corriger notre traduction de son état.

C'est une faculté extrêmement importante à acquérir dans la relation d'aide, car elle permet d'ajuster l'aide à ce qui fait souffrance pour le demandeur.

Christine Vander Borgh

17. Empowerment / Capacitation

L'émergence de ce concept date des années 1970, au croisement de plusieurs tensions sociales et économiques. On y retrouve, par exemple, la lutte des mouvements noirs et féministes aux

E.U., ainsi que la remise en cause des fonctionnements paternalistes des divers acteurs de l'encadrement social.

Le terme « empowerment » est associé en français à l'idée d'habilitation, de potentialisation ou de capacitation. Il concerne l'augmentation du pouvoir des personnes ou des collectivités sur leur vie ou sur les événements qui les concernent. L'accent est mis sur les potentialités de chaque personne et sur l'amélioration de ses transactions avec son environnement, en vue d'accroître son pouvoir décisionnel, son autonomie et ses compétences.

Synonymes : autonomisation, émancipation, responsabilisation.

Christine Vander Borgh

18. Environnement suffisamment bon

Un environnement suffisamment bon est un environnement qui a les mêmes qualités que la mère suffisamment bonne telle qu'elle a été théorisée par le pédiatre et psychanalyste D.W. Winnicott. Voir également mère suffisamment bonne.

Sophie Tortolano

19. Face à la maltraitance : compréhension et alliance

Quels problèmes rencontrent les professionnels de l'enfance face à la maltraitance ?

- La difficulté du repérage et du diagnostic
- La peur et le repli des parents quand les difficultés émergent au sein de la famille
- Le manque d'anticipation des étayages nécessaires
- La méconnaissance des « facteurs de risque » suffisamment tôt.

Ces difficultés rendent compte de la difficulté importante des professionnels à créer une alliance avec les adultes en difficulté de parentalité et à prendre les mesures adéquates.

Ceci entraîne l'insatisfaction, le sentiment d'impuissance, les échecs, l'épuisement des professionnels, voire les conflits institutionnels en miroir des conflits familiaux.

Trop souvent, notre système médical/social/psy offre un chaos d'interventions aux familles les plus vulnérables, ce qui renvoie souvent à l'image du chaos dans lequel ces familles ont grandi. *Le facteur de sécurité majeur est de sentir que les intervenants travaillent ensemble*, témoignent les parents dans l'après-coup. Deux outils existent :

1. Les formations interdisciplinaires basées sur l'analyse prospective de situations complexes.
2. La prise en compte de la dimension affective et psychique dans les étapes où les parents sont extrêmement sensibles à leur environnement et au bénéfice que leur apporte une proximité bienveillante du fait des soins périnataux.

Toutes les expériences montrent que les professionnels de l'enfance héritent de ce qui a pu se jouer autour de la naissance en positif ou en négatif : protection ou lâchage, fiabilité ou déception... Le regard que les parents portent sur leur enfant est trop souvent chargé du négatif de leurs expériences précoces vécues sans avoir pu être accompagnés correctement.

On comprend dès lors combien la recherche d'une alliance avec le parent suspecté de maltraitance est une étape indispensable dans les premiers contacts avec cette famille. Sans naïveté ni aveuglement coupable, l'intervenant doit s'engager d'abord dans une relation de soutien. C'est ce dont il aura besoin pour l'accompagnement ultérieur. Ce n'est que lorsque la conviction de danger pour l'enfant ET d'incapacité de changement suffisant de la famille est mise en évidence que les mesures de protection pour l'enfant seront proposées.

Françoise MOLÉNAT, Pédopsychiatre, Rapporteur au colloque national sur les violences faites aux enfants, le 14 juin 2013, à Paris.

Christine Vander Borgh et Philippe Kinoo

20. Fil rouge

Certains enfants ont une histoire marquée par les ruptures, les (dé)placements à répétitions. Ils perdent ainsi, au propre comme au figuré, le fil de leur histoire.

Nombre d'intervenants psycho-sociaux de l'enfance insistent sur l'intérêt pour l'enfant, que soit gardé un document « fil rouge », selon l'expression de certains, où seraient consignés les éléments marquants de cette histoire : dates, services intervenants, noms de personnes professionnelles ou de l'entourage impliqués.

Il ne s'agit pas d'un « dossier » au sens habituel du terme, avec les rapports, expertises et autres résultats de tests médicaux ou psychologiques, mais plutôt un carnet de route, d'une trace du parcours, qui devrait permettre aux intervenants autour du jeune enfant, et plus encore à l'enfant devenu plus grand, de retrouver les personnes et les services qui pourront lui donner accès à ses « dossiers » et à son histoire.

Ce document n'existe pas officiellement, mais certains services de la petite enfance mettent déjà cette pratique en œuvre. En l'absence d'un tel document, il reste important que les intervenants veillent à garantir qu'une forme de fil rouge puisse exister selon des modalités à créer au cas par cas.

Philippe Kinoo

21. Fonction parentale, maternelle et paternelle

Le mot *parent* vient du mot latin *parere* qui veut dire à la fois « engendrer » et « accrocher ». Deux aspects de la parentalité sont condensés dans ce mot, la dimension d'institution symbolique et la dimension relationnelle et affective.

La parentalité renvoie au fait que la mise au monde d'un enfant positionne ses géniteurs en tant que parents et que ceux-ci doivent être prêts à accueillir cette transformation.

Sept fonctions relatives à la parentalité sont à prendre en compte :

- Concevoir et engendrer.
- Donner un nom et inscrire l'enfant dans une filiation.
- Prendre soin, protéger, être en relation personnelle avec son enfant.
- Former, aider à grandir, apprendre à survivre.
- Exercer une forme d'autorité.
- Apprendre à vivre en société en respectant les interdits fondamentaux qui structurent notre communauté humaine : interdit de l'inceste homo- et hétérosexuel, interdit du meurtre et de la violence.
- Transmettre des valeurs qui donnent sens à la vie.

Ces fonctions sont partagées par les parents et par l'ensemble des acteurs sociaux associés au développement et à la croissance des enfants.

Les premières recherches psychanalytiques ont mis l'accent sur la différenciation entre la « fonction maternelle » et la « fonction paternelle ». La fonction maternelle ne s'invente pas ; elle se met en place et se développe autour de la naissance d'un enfant et est portée en principe par la mère ; parfois par une personne qui en a la charge au quotidien. Il s'agit de donner une sécurité de base à l'enfant. La fonction paternelle s'est définie progressivement en complémentarité avec la fonction maternelle, davantage axée sur les notions d'autorité et

d'ouverture au monde. Il s'agit d'instaurer une séparation entre la mère et l'enfant. Il est donc signifié à l'enfant que père et mère ont aussi une histoire en dehors de lui et que la mère ne peut pas être tout pour son enfant. La fonction paternelle est aussi un signe de confiance dans les capacités de l'enfant. Cette fonction est à soutenir car elle tend à manquer actuellement.

La fonction paternelle et la fonction maternelle s'articulent l'une à l'autre ; elles ne sont pas équivalentes, mais l'égalité croissante des rôles sociaux a contribué à la déconstruction de leur classique complémentarité.

Dans la société occidentale actuelle, l'évolution liée à la valorisation individuelle et à la dépathologisation de l'homosexualité, montre qu'il n'est pas besoin de sexe pour être parent. On peut à la fois être mère et parent, être père et parent : la fonction parentale comprend du maternel et du paternel. Ceci se retrouve traduit dans l'exercice de la coparentalité* qui implique le partage tant légal que symbolique de la responsabilité parentale.

KINOO P., 2002, J'ai deux mamans, deux papas et un père : à propos de la représentation des liens de filiation, *Enfances-Adolescences*, vol. 3, De Boeck, Louvain-la-Neuve

Christine Vander Borgh et Muriel Meynckens

22. Incestualité ou contexte incestuel

Cette notion bien réelle est pourtant difficile à appréhender. Elle est à penser dans le contexte élargi de la famille, de l'histoire de la famille, du fonctionnement psychique des adultes, du couple et de l'histoire personnelle de chaque parent. Il s'agit du comportement trop séducteur d'un parent, ou de son comportement sexualisé ou érotisé sans passage à l'acte physique. Pourtant, il y a tout lieu de considérer que le passage à l'acte est d'ordre psychique ce qui provoque un « trauma » c'est-à-dire un traumatisme au niveau psychique. Un climat de confusion règne. Les frontières entre les adultes et les enfants et les différences de générations sont floues et trop permissives. L'adulte se montre trop proche, intrusif ou encore sexualise son enfant en formant par exemple comme une forme de relation de couple avec lui. C'est particulièrement délétère à l'adolescence, quand le jeune devient pubère et a besoin que son intimité soit respectée. Le jeune peut alors ne plus savoir quelle position adopter pour se sentir protégé du désir perçu chez son parent. Il peut chercher à se déssexualiser ou à mettre en péril son corps. Des symptômes peuvent apparaître : anorexie, boulimie, passage à l'acte, dépression, conduites à risque, etc. La dynamique familiale est en général globalement perturbée. Une aide psychologique individuelle et familiale est souvent nécessaire.

Sophie Tortolano

23. Isomorphisme

Le terme isomorphisme est au départ, un concept mathématique qui signifie qu'à chaque élément d'une structure⁵ correspond un élément d'une autre structure, chacun de ces éléments jouant le même rôle dans leur structure respective. En systémique, il qualifie les jeux interactionnels transposés d'un sous-système ou d'un système à un autre, en raison des résonances des acteurs présents dans une situation donnée. Ainsi, dans une famille, ce qui se joue entre enfants peut donner des indications sur les relations parentales. Les tensions entre co-intervenants peuvent refléter les tensions familiales, chacun prenant plus particulièrement le parti de l'autre.

⁵ Le terme « structure » renvoie ici à l'agencement entre les différents éléments

C'est comme si le modèle familial, son mode de fonctionnement et son ambiance, s'implantaient dans un autre milieu, par exemple l'école, l'institution, entre les intervenants, au SAJ, etc. Les intervenants se mettent à interagir comme le font les membres de la famille entre eux ou avec l'enfant. Cela requiert d'analyser le processus en cours pour en avoir une vision d'ensemble et mettre en dialogue les différents éléments rassemblés pour les comprendre, les dépasser et favoriser le changement.

Sophie Tortolano et Muriel Meynckens

24. Jalons d'évaluation clinique des situations de défaillance parentale

« Le terme de "jalon" est emprunté directement à Steinhauer (1996), psychiatre canadien qui a accumulé une expérience considérable dans le domaine de la prise en charge et de l'évaluation des situations d'inadéquation parentale. Ce mot signifie qu'aucune évaluation chiffrée ne sera effectuée, et que la particularité de chaque situation doit être prise en compte. Il s'agit donc d'un guide précis mais qui fait en même temps appel à l'expérience clinique de son utilisateur. »

« Ces jalons doivent permettre de répondre aux questions suivantes (Steinhauer) :

- est-il possible d'éviter le placement sans pour autant compromettre la santé de l'enfant ?
- l'incapacité des parents à tenir leur rôle est-elle si grande qu'ils ne peuvent assurer le minimum de parentalité compatible avec le développement normal de leur enfant ?
- quelles sont les chances qu'une intervention amène une amélioration significative des capacités parentales, et dans quel délai peut-on arriver à la décision de planifier un retour dans la famille naturelle ou de préparer un placement au long cours ? »

BERGER M., *L'échec de la protection de l'enfance*, Paris, Dunod, p. 138

25. Jeu des identifications

Un intervenant ou des intervenants ou une institution peut s'identifier plus à un membre de la famille qu'à un autre, à sa souffrance, à son vécu, à son discours, etc. Pour beaucoup d'intervenants, il est plus facile de s'identifier à ce que vit un parent qu'à ce que vit un enfant en proie à de la détresse, à de l'humiliation, à de la maltraitance grave, etc. Pourquoi ? Parce qu'il est difficile de s'approcher et de ressentir les états émotionnels provoqués par ces situations et de supporter qu'un parent puisse se comporter comme cela avec son enfant. Des résistances, des dénis, des banalisations peuvent alors s'installer ou une croyance trop forte au discours attendu ou réparateur de l'adulte. D'autres intervenants vont spontanément s'identifier à l'enfant. Il convient donc de toujours rester en double identification à l'enfant ET au(x) parent(s), etc. Pour ce faire, il est nécessaire de comprendre le mécanisme à l'œuvre en prenant du recul et en croisant les regards, les faits et les discours portés par d'autres sur la situation, en se centrant sur ce à quoi un enfant est confronté et à la façon dont ses besoins sont rencontrés ou non. Les difficultés peuvent alors être plus clairement énoncées dans le respect de chacun et des solutions cherchées en tenant compte de possibilités et des limites de chaque membre du système familial.

Sophie Tortolano

26. Loyauté

La loyauté à la famille d'origine s'ancre dans la consanguinité. Les parents ont donné la vie à leur enfant ; la réciproque est impossible. Pour s'acquitter de cette dette, l'enfant peut témoigner de l'attention à ses parents, aux générations suivantes ou encore, à d'autres personnes. Se crée alors un équilibre entre donner et recevoir. C'est la dimension de l'éthique relationnelle de Boszormenyi-Nagy (Heireman, 1989), (Michard, 2005). Quand tout va bien, les parents se sont montrés suffisamment attentifs aux besoins de leur enfant. Face à cette considération, ce dernier grandit dans une légitimité constructive.

Si cette loyauté ne peut pas s'exprimer ouvertement, soit parce que l'enfant est éloigné, soit parce qu'il est aux prises avec un sentiment ambivalent, elle s'exprimera par des symptômes. L'enfant qui éprouve du ressentiment envers ses parents ne peut pas leur être complètement déloyal. Une manière détournée de leur exprimer sa loyauté sera d'attaquer la relation avec des gens qui pourraient l'éloigner d'eux (Ducommun-Nagy, 2010). L'enfant critique alors la nourriture, les soins, les activités, se plaint des professionnels qui s'occupent de lui. Il est alors porteur d'une loyauté invisible. Quel soulagement lorsque les parents donnent la permission d'investir ce lieu ! Implicitement et explicitement.

La loyauté n'est donc pas toujours identifiée à de l'amour. Chacun peut être fâché à l'égard de ses parents, voire les détester tout en leur demeurant loyal. Ce n'est pas pour rien que l'insulte « Ta mère est une putain » provoque de très vives réactions parmi les groupes d'enfants ou d'adolescents. Une chose est de le penser pour soi, une autre est de se l'entendre dire par un tiers.

De manière plus générale, la loyauté se définit à l'intérieur d'un système relationnel. Tel qu'un enracinement, la loyauté constitue une partie de l'identité des individus et participe à la régulation de ses relations. Cette loyauté se manifeste vis-à-vis des *personnes avec lesquelles* chacun se sent engagé. C'est un lien profond et résistant. Elle peut correspondre au respect des lois familiales, des croyances émises depuis parfois plusieurs générations, c'est une forme de transmissions des valeurs.

26 bis. Les conflits de loyauté placent l'individu dans un grave tiraillement. L'enfant peut être déchiré entre ses deux parents qui se le disputent, entre un parent et un frère ou une sœur, entre un parent et un grand-parent, entre sa famille d'origine et son conjoint, entre sa famille et son école... Quelqu'un placé en institution peut investir à minima les soins et les activités pour ne pas se trouver déloyal à sa famille d'origine.

26 ter. La loyauté clivée est une forme particulièrement grave de conflit de loyauté que l'on voit en œuvre dans certaines situations de divorce, où l'enfant est pris dans une guerre totale entre ses deux parents qui lui imposent des exigences tellement conflictuelles qu'il ne peut les satisfaire. Dans ces situations, si l'enfant passe un bon moment avec un parent, il se trouve automatiquement contraint à déplaire à l'autre voire, à lui faire du tort : le parent ne peut supporter l'idée que l'enfant passe de bons moments avec « l'autre », le nie ou, en veut à l'enfant car il se sent lui-même détruit. Parfois, c'est la réalité, parfois c'est ce que l'enfant s'imagine. Cette loyauté clivée peut s'exprimer au sein de la fratrie. La fratrie se scinde et ne s'entend plus, un enfant s'alliant au père, par exemple, et l'autre à la mère. L'enfant est mis dans l'impossibilité de s'exprimer et de faire des choix, car tout mouvement de loyauté envers l'un de ses parents est considéré comme un dommage, une déloyauté par l'autre parent. Il y a une sorte d'impasse où l'enfant ne peut plus rien donner ni recevoir. Il vit un état dissociatif pour s'en sortir. L'une des portes de sortie tragique est la mort par suicide ou par accident, une autre en est la folie.

Les conflits de loyauté et la loyauté clivée peuvent se travailler et éventuellement se dépasser dans un cadre thérapeutique individuel et/ou familial.

Pour nombre de familles « issues de *l'immigration* », les questions de loyautés sont centrales, et bien souvent peu visibles, rarement explicites. Elles sont parfois très difficiles à assumer de front, parce qu'elles peuvent être contradictoires : la génération qui émigre poursuit le projet de vivre mieux que ses propres parents, restés « au pays » dans une situation socio-économique souvent précaire. Elle est porteuse de grands espoirs, mais son intégration dans le pays d'accueil entraîne des renoncements, y compris l'éloignement progressif des normes et valeurs de son pays d'origine. » (Henriquet, 1999). C'est parfois le moment où, par loyauté, il y a rigidification des règles du pays d'origine, à l'une ou l'autre génération, pour l'un ou l'autre membre de la famille. Si les parents rigidifient les règles, les enfants ne les comprennent pas, trop sensibles au hiatus entre le fonctionnement familial et celui des familles du pays d'accueil. S'en suit une escalade symétrique entre parents et enfants.

Pour retrouver du sens, lors d'un retour au pays, les enfants peuvent être invités à questionner leur famille d'origine sur les us et coutumes en vigueur chez eux. Les enfants sont alors sensibilisés à leur culture même s'ils pensaient qu'elle ne les concernait pas ; ils comprendront mieux leurs parents et ces derniers se doivent moins d'être gardiens à tout prix d'un passé qui a lui aussi évolué. (Ausloos, 1995)

AUSLOOS G., 1995, Vivre le temps, in *La compétence des familles*, Érès-Relations, Toulouse

DUCOMMUN-NAGY, 2010, Nouvelles familles, nouvelle définition de la loyauté familiale, in *Les nouvelles familles*, (sous la direction de D'Amore S.), De Boeck, Bruxelles

HEIREMAN M., 1989, *Du côté de chez soi – La thérapie contextuelle d'Ivan Boszormenyi-Nagy*, ESF, Paris

HENRIQUET M.-C., 1999, Fratrie et migration in TILMANS-OSTYN, MEYNCKENS-FOUREZ M., (sous la dir. de), *Les ressources de la fratrie*, Érès-Relations, Toulouse

MEYNCKENS-FOUREZ M. et HENRIQUET-DUHAMEL M.-C., 2005, *Dans le dédale des thérapies familiales – un manuel systémique*, chapitre 8 (L'approche contextuelle d'Ivan Boszormenyi-Nagy), Érès-Relations, Toulouse

MICHARD P., 2005, *La thérapie contextuelle d'Ivan Boszormenyi-Nagy. Une nouvelle figure de l'enfant dans le champ de la thérapie familiale*, De Boeck, coll. Carrefour des psychothérapies, Bruxelles

Muriel Meynckens et Sophie Tortolano

27. « Méchante connotation positive »

Cette notion de Guy Ausloos constitue un outil pertinent pour l'intervenant. Après avoir signalé son impression négative qui l'irrite et l'empêche de rejoindre le système familial, l'intervenant corrige en donnant un sens positif après l'utilisation du « mais » qui introduit la seconde partie de la phrase dans laquelle il connote positivement ce qui peut l'être.

Exemple (Ausloos, 1995, p. 26) : « J'ai trouvé difficile que vous parliez tous à la fois, que chacun interrompe les autres et qu'on ne réponde pas directement à mes questions, *mais* je vois là le signe que dans votre famille tout le monde veut participer à ce qui se passe et donner son avis et avec cela je peux travailler. La prochaine fois sans doute, je ferai un peu la police mais je me réjouis de continuer à travailler avec vous »

AUSLOOS G., 1995, *La compétence des familles*, Érès-Relations, Toulouse

28. Mère suffisamment bonne

La mère suffisamment bonne est un concept théorisé par le pédiatre et psychanalyste anglais D.W. Winnicott. Cette mère suffisamment bonne n'est pas nécessairement la mère biologique de l'enfant. La figure principale d'attachement de l'enfant ou les figures principales d'attachement dans l'environnement quotidien peuvent être des mères suffisamment bonnes. Winnicott estime qu'un bébé tout seul n'existe pas, le bébé a besoin d'un environnement qui le reconnaît et l'humanise.

La mère suffisamment bonne est une mère qui parvient à s'ajuster à son enfant. Elle n'est ni trop présente, ni trop absente.

Trop présente, elle ne permettrait pas à l'enfant de sentir ses propres capacités à agir sur le monde. L'enfant ne pourrait pas sentir le manque et son propre désir parce que l'adulte viendrait toute suite tout combler. Ce cas de figure est la base de l'angoisse d'intrusion.

Trop absente ; elle laisserait l'enfant en proie à une trop grande solitude et un trop grand désarroi qui le plongerait alors dans une angoisse d'abandon et dans l'insécurité.

Cette mère doit pouvoir faire preuve de trois compétences essentielles pour le développement du bébé et du jeune enfant : le *holding*, le *handling*, et l'*object presenting*.

Le *holding*, ou portage, désigne la façon de porter l'enfant. Il a une valeur affective. C'est la façon dont la mère tient, entoure et cajole l'enfant. C'est aussi la façon dont elle le déplace dans l'espace en prenant garde à ses sensations corporelles et affectives.

Le *handling* est la manipulation de l'enfant c'est-à-dire la façon d'agir sur lui dans le cadre du soin (nourrissage, toilette, soin du cordon, soins de santé, etc.).

L'*object presenting* est la présentation de l'objet par l'adulte. Cette présentation aide l'enfant à découvrir le monde par petit bouts, à travers des objets qui lui sont présentés et expliqués à la mesure de ses capacités.

« L'état de parent peut être ennuyeux, éreintant, pénible, et cependant la plupart des gens ont envie de leurs enfants et les aiment. En tant que parents, ils sont, comme Winnicott le disait des mères, "suffisamment bons". Ce "suffisamment bon" n'évoque pas la perfection, mais une forme de dialogue, une réceptivité qui, sans imposer à l'enfant les désirs monologiques de ses parents, reconnaît son autonomie, son existence réellement "à part". »

HUSVEDT S., 2013, *Vivre, penser, regarder*, Acte Sud, p.28.

Sophie Tortolano et Christine Vander Borgh

29. Métissages socio-culturels

Le métissage est un processus universel de tissage de nos appartenances qui touche tout individu, toute famille, toute société. Cependant, les migrants et leurs enfants vivent des formes de métissage d'autant plus complexes qu'ils tissent en permanence, entre elles, leurs références à leurs cultures d'origine et d'accueil. Ils créent des passerelles, toujours transitoires, toujours inachevées entre leurs filiations et leurs affiliations (Moro); entre les vécus, les représentations et les pratiques du pays d'origine et de celui d'installation. Inscrits dans une histoire migratoire, habités par plusieurs mondes, les familles immigrées élaborent leurs métissages culturels par essais et erreurs, par atermoiements, par oscillations et tensions (Laplantine). Pour aller de l'avant et traverser certaines difficultés, les métis culturels acquièrent lentement des savoir-faire : des facultés de traduction et d'intermédiation entre les

lieux, les langues, les logiques, mais aussi une faculté de faire des choix évolutifs dans les répertoires culturels dont ils disposent. Reconnaître ces savoir-faire, les mettre en lumière, les sortir du silence est soutenant. La narration, les récits de soi, sont essentiels pour se comprendre, identifier ses propres savoir-faire métis, jamais aboutis, jamais achevés. Tous les lieux où les adultes sont en contact avec les jeunes peuvent être propices à l'expression individuelle ou collective des nuances de l'expérience métisse.

MORO M.-R., 2002, *Enfants d'ici venus d'ailleurs. Naître et grandir en France*, La Découverte, Paris

JAMOULLE P., 2013, *Par-delà les silences. Non-dits et ruptures dans les parcours d'immigration*, La Découverte, Paris

LAPLANTINE F., « Suspens de sens », dans *Espaces et sociétés*, L'Harmattan, n°113/114, 2003, pp. 21-38 ; François Laplantine et Alexis Nouss, *Le métissage*, Téraèdre/col. Réédition, 2011 (1977)

Pascale Jamouille

30. Mythe familial

Étymologiquement, le mythe (*mythos* en latin) est une fable, un récit fabuleux ou, (*mythos* en grec) « une suite de paroles qui ont un sens, un discours, un propos, un avis, des pensées ».

Le mythe familial se rapporte à un « certain nombre de croyances assez bien systématisées, partagées par tous les membres du système et à la nature de leur relation » (Ferreira, 1963). Il participe à la construction de l'histoire en utilisant des éléments puisés dans la réalité, dans les événements du passé et du présent et d'autres éléments puisés dans l'imaginaire. Le mythe est une façon dont les êtres humains organisent la réalité. Il reflète aussi l'image que la famille veut donner de lui-même, que cette image corresponde ou non à la réalité. La distorsion de la réalité instaurée alors par le mythe permet d'éviter souffrance et conflits ou de les nier en permettant des automatismes (rituels) dans le comportement.

Lors de la création d'un couple, d'une famille, les membres mettent en commun leurs croyances qui sont alors facilement partagées par l'ensemble et qui sont proches de la réalité, en accord avec le contexte. C'est en quelque sorte le *mythe fondateur* que les fondateurs eux-mêmes peuvent aisément identifier et transmettre explicitement. La mise en place de *rituels* permet la concrétisation du mythe. Des *règles* en découlent. Au fil du temps, le contexte se modifie, les personnes changent, de nouvelles arrivent, les générations se succèdent. Surviennent ainsi des changements de conduites, des aspirations individuelles différentes, des craintes enkystées. Nous pouvons bien deviner les tensions liées à l'évolution d'une famille, aux changements de contexte, allant parfois jusqu'à remettre en cause le mythe fondateur. Les croyances fondatrices restent actives mais ne sont plus toujours connectées à la réalité actuelle. Or, si le mythe ne s'enrichit pas des éléments neufs et se rigidifie, les règles et rituels qui en découlent risquent d'être de plus en plus en distorsion avec la réalité.

Le problème n'est pas le mythe mais la *rigidification* du mythe, ce qui met en porte-à-faux avec la réalité. Cette rigidification amène à cacher ou à dissimuler la réalité d'oppression ou de violence par exemple ou à idéaliser une situation tout en entravant la capacité de voir la réalité et d'avoir une pensée propre.

Si ce mythe s'est rigidifié, c'est qu'il avait une fonction. Bien souvent nous constatons une fonction de protection, de défense, une fonction homéostatique face à trop de changements. On ne va rien expliciter, on va faire référence au mythe et empêcher la circulation fluide de la parole ; peut-être la situation actuelle suscite-t-elle trop de souffrances ou de tensions. « On agit ainsi car on a toujours fait comme cela ». Dès lors, avec une famille, il s'agira d'explorer

le mythe sans vouloir le changer, sans pointer les contradictions, sans l'attaquer de front. Un intervenant qui voudrait modifier de front un mythe devenu inébranlable ne peut paradoxalement que le renforcer car il ne respecte ni la tendance homéostatique du système, ni la loyauté à l'histoire, ni le sentiment d'appartenance fondé sur les croyances et les valeurs partagées par le système. Ce dernier réagit par une rétroaction négative visant à maintenir le système dans le non-changement.

FERREIRA A., 1963, cité par M. Selvini-Palazzoli et repris in *Dans le dédale des thérapies familiales* p. 97

Muriel Meynckens

31. Parentalité à temps partiel

Notion qu'on peut utiliser pour souligner le fait que même si les parents ne peuvent pas assumer l'éducation de leur enfant à temps plein et qu'ils doivent la confier à d'autres (internat, famille d'accueil, institution), ils gardent une place auprès de leur enfant. Le meilleur cadeau qu'ils peuvent alors faire à leur enfant est de passer ce relais pour que l'enfant ne soit pas coincé dans un conflit de loyauté. Rappelons que dans la première moitié du 20^{ème} siècle, les familles bourgeoises confiaient régulièrement leur enfant à un internat scolaire.

Muriel Meynckens

32. Partialité multidirectionnelle

Face à une famille ou à un groupe, il est utile de faire usage d'une « partialité multidirectionnelle » selon la terminologie de l'approche contextuelle qui se réfère à la pensée de Boszormenyi-Nagy (1920-2007). Cette notion implique de pratiquer une approche multilatérale portant à la fois sur les relations intrafamiliales et à la fois sur les réalités individuelles de chaque membre de la famille ou du groupe concerné.

« Il s'agit de prendre successivement et systématiquement parti pour chaque membre de la famille, présent et absent. Ceci implique une certaine ténacité dans la systématisation de cette attitude. L'intervenant tente d'être empathique à l'égard de chacun et d'accorder du crédit à tous les membres de la famille, même absents, même décédés. Il porte aussi attention aux générations à venir. » (Meynckens-Fourez M., Henriquet-Duhamel M.-C., 2005).

Cette posture vise à faire émerger des valeurs éthiques au sein des relations familiales ou groupales : comment les valeurs de justice, d'égalité, de responsabilité et de loyauté sont-elles partagées et appliquées ?

MEYNCKENS-FOUREZ M., HENRIQUET-DUHAMEL M.-C., 2005, Chap. L'approche contextuelle d'Ivan Boszormenyi-Nagy, in *Dans le dédale des thérapies familiales*, Érès – Relations, Toulouse

Christine Vander Borcht

33. Parentification / adultification

La parentification est le processus par lequel l'enfant devient « comme » le parent de son parent ; l'enfant est « grand-parentifié ». Il exerce alors un rôle parental de protection et d'autorité à l'égard de son parent.

L'adultification voit l'enfant se comporter comme un petit adulte, parfois avec une hypermaturité qui cache un enfant souvent envahi par son parent et en détresse.

Ces deux phénomènes sont bien connus. Ils sont à la fois des ressources pour l'enfant, compétent en général et empathique à l'égard de ses parents et de sa famille qu'il cherche à protéger, à soutenir et à embêter le moins possible. Ces positions ont néanmoins un coût psychique important pour l'enfant et l'adulte qu'il deviendra.

Il y a lieu de l'aider à travailler cela pour retrouver une palette émotionnelle et comportementale plus variée, conforme à son âge et à ses besoins.

Pour se faire, il est nécessaire de reconnaître ses compétences ainsi que l'aide et le travail qu'il a fait pour son parent et sa famille. Il faut pouvoir également lui assurer que grâce à lui aujourd'hui autre chose est possible pour prendre soin de son parent. Il importe alors de confier à son parent, ou à d'autres adultes, la responsabilité de prendre soin de lui, par exemple en lui permettant d'avoir un espace à lui, pour ses préoccupations.

C'est autant que possible à construire avec le parent et le clinicien en expliquant à l'enfant le sens et les objectifs des mesures prises à son égard.

À noter que la parentification n'est délétère que si elle n'est pas reconnue, si elle perdure dans le temps, si l'enfant n'arrive pas à bien accomplir sa mission (notamment car il est trop petit et que ses besoins ne sont pas pris en compte) et à fortiori, s'il est blâmé de ne pas y parvenir. Indirectement, au fil du temps, cette posture renforce le pouvoir donné à l'enfant qui finit par rester en position haute, en commandant son entourage et en s'interdisant de demander de l'aide. La balance « donner / recevoir » est déséquilibrée et reste à nos yeux un enjeu important dans les phénomènes de parentification.

Boszormenyi-Nagy, cité par Stéphanie Haxhe, (2013, p. 61) identifie différents rôles liés à la parentification : le rôle de « soignant », celui de « sacrifice ou de bouc émissaire », et le rôle « neutre ou de l'enfant parfait », qui n'occasionne aucun souci dans la fratrie mais prend le contre-pied par rapport à l'enfant qui capte sur lui une attention négative.

J.F. Le Goff (cité par St. Haxhe, 2013, p. 63) propose un tableau qui met en évidence les *facteurs* destructifs et constructifs de la parentification, tels qu'ils peuvent se vivre dans ce type de lien.

« *Facteurs destructifs* :

- L'enfant est surchargé de responsabilités dépassant ses compétences.
- Les parents se conduisent comme des enfants par rapport à leur enfant.
- Les besoins de l'enfant sont négligés ou exploités.
- L'enfant ne reçoit pas de reconnaissance pour ce qu'il donne.
- L'enfant est blâmé.
- L'enfant est impliqué dans une relation érotisée avec l'un des parents.
- L'absence de soutien de la famille d'origine des parents.
- Les parents sont blâmés par une personne étrangère à la famille ayant une position d'autorité.

Facteurs constructifs :

- Les parents reconnaissent la contribution de l'enfant.
- Les parents, ou un autre adulte, soutiennent l'enfant s'il en a besoin.
- L'enfant a connu des périodes de confiance vis-à-vis de l'adulte parentifiant.
- Les parents évitent de placer l'enfant dans une situation de loyauté clivée.
- Si les parents en sont empêchés, un autre adulte ou les membres de la fratrie reconnaissent les contributions de l'enfant.

- Des éléments factuels connus des membres de la famille interviennent dans la parentification.
- L'enfant n'est pas placé dans une relation à teneur sexuelle.
- L'enfant n'est pas blâmé. »

HAXHE St., 2013, L'enfant parentifié et sa famille, Érès-Relations, Toulouse

Muriel Meynckens et Sophie Tortolano

34. Précarité et disqualification sociale

Les processus de précarisation ont différentes dimensions. Ils touchent les aspects socio-économiques de l'existence des parents (paupérisation, contraction de l'emploi, économie parallèle...), mais aussi la précarisation de leurs liens familiaux, la disqualification de leurs lieux de vie, leurs problèmes de santé physiques et psychiques, leurs vulnérabilités administratives. Les vécus extrêmes auxquels certains ont été confrontés (violences privées ou politiques, vie à la rue, incarcération ...) et leur sentiment de honte sociale peuvent fragiliser leur santé, leur vie psychique, leurs relations conjugales et familiales. Tandis que les souffrances identitaires risquent de miner les publics les plus exposés aux discriminations, aux conflits de cultures et aux troubles de l'exil. Toutes ces vulnérabilités circulent et interagissent, fragilisant les familles. Cependant faire face à ces précarisations développe également les ressources des personnes, leurs compétences pragmatiques, leurs capacités d'adaptation, leurs résistances tactiques ou stratégiques, individuelles ou collectives. Les familles et les communautés précaires sont inventives, elles trouvent des points d'appui et des supports sociaux diversifiés dans leurs milieux de vie. D'où l'importance de les écouter longuement sur ce qui les aide et ce qui les met en difficultés dans leurs cadres de vie.

Les travaux de Jean Furtos montrent que la précarité est un processus actif d'exclusion du lien social et de fragilisation psychique. Les membres d'une société précaire deviennent obnubilés par l'obsession de la perte, possible ou avérée, des objets sociaux (diplôme, emploi, logement, famille...). La peur de perdre, une fois installée, draine la perte de confiance ; la grande exclusion se caractérisant par une triple perte de confiance : en soi-même (en sa dignité d'exister), en l'autre (avec qui un lien de défiance généralisé s'est souvent instauré), dans le passé et l'avenir.

Le taux de pauvreté est un seuil, dans une société, une époque, une région donnée. En Belgique, 15,3 % de la population dispose d'un revenu inférieur à 60 % du revenu médian équivalent au niveau du ménage. Soit 2101 euros par mois pour une famille de 4 personnes et 1000 euros pour un isolé. 15,3 % des familles vivent sous le seuil de la pauvreté. Cependant, pauvreté n'est pas nécessairement précarité. Est pauvre celui qui a peu, est précaire celui qui a peur, celui dont la confiance en lui, en l'autre, en l'aide offerte est mise à mal. Des nombreux enfants en situation de pauvreté vivent dans une situation d'intégration sociale précaire, révélatrice de liens fragiles avec leur famille, leur quartier ou école. Ils vivent *un processus avancé de disqualification sociale*.

LAHAYE W., PANNECOUCKE I., VRANKEN J., VAN ROSSEM (éd) R., *Pauvreté en Belgique. Annuaire 2003*, p. 383

FURTOS J. (dir), *Les cliniques de la précarité. Contexte social, psychopathologie et dispositifs*, Masson, 2008.

JAMOULLE P., 2008, *La Débrouille des familles. Récits de vie traversés par les drogues et les conduites à risques*, De Boeck, Louvain-la-Neuve.

JAMOULLE P., 2009, *Fragments d'intime. Corps, amours et solitudes aux marges urbaines*, La Découverte, Paris

Pascale Jamouille

35. Réseau

Le réseau est l'ensemble des liens sociaux significatifs tissés par un individu ou une famille. Ces liens permettent aux personnes d'avoir des points d'appui soutenant et éventuellement soignants (au sens de prendre soin et faire soin). Le réseau peut être composé de professionnels ou de relations créées *naturellement* par la famille. C'est en quelque sorte la représentation cartographique des personnes qui les aident à se situer dans leur contexte social et à établir des relations ressources dans différents champs d'activités (famille, amis, monde professionnel, tuteurs de résilience, activités de loisirs ou de proximité). Le réseau social est tissé de relations positives **et** négatives. Les relations à valence négative, parfois même carrément conflictuelles (par exemple les responsables de mesures contraignantes ou les personnes avec lesquelles on est en conflit majeur etc.), sont également importantes à prendre en compte. Car, à leur manière réelle ou symbolique, ces relations auront une influence directe sur les comportements de la personne ou de la famille.

Sophie Tortolano et Christine Vander Borgh

36. Résilience

« La résilience est une propriété du vivant. Elle signifie qu'une agression n'a pas qu'un effet négatif sur un organisme. On sait aujourd'hui que, dans ce cas, il se produit un ensemble de phénomènes qui interagissent entre eux dans deux directions différentes : il y a des destructions, des lésions, des défaillances, une chaîne de réactions négatives ; il y a des mécanismes de lutte, des suppléances, la mise en jeu de ressources, une chaîne de réactions positives. C'est ce type de raisonnement qui mène à l'idée de résilience. Appliquée au psychisme, l'agression est appelée "trauma". Les conséquences négatives sont appelées "traumatisme". Nous avons acquis de bonnes connaissances à leur sujet. La résilience psychologique implique la mise en jeu de ressources visant à lutter contre les conséquences négatives du trauma. »

La résilience a plus de possibilités de se développer lorsque le « traumatisé » peut compter sur des relations de soutien dans son entourage (familier ou professionnel).

DELAGE M., 2012, in DELAGE M., CYRULNIK B., (sous la direction de), *Famille et résilience*, Odile Jacob, Paris, p. 17.

36 bis. Aide à la résilience et facteurs de protection : place des soignants

Si nous voulons travailler à favoriser un processus de résilience, nous devons «... réfléchir à un dispositif capable d'aider les soignants à dominer leurs propres résistances et défenses, en encourageant leur capacité à affronter les situations difficiles. »

« Les professionnels doivent avoir le souci d'assurer avant toute chose un minimum de contenance. » Il leur revient donc «... de se préoccuper du besoin de sécurité dans la famille. Ils doivent s'offrir comme base sécuritaire. Le soignant incarne a priori l'image d'une personne qui sait, d'un technicien qui a les réponses, d'un professionnel préparé à apporter les remèdes.

Mais il doit se méfier des diagnostics qui sont des verdicts, des paroles savantes qui blessent sans laisser l'espoir d'une quelconque amélioration. »

« Le soignant ne peut se positionner comme possible base sécurisée que s'il repère ses propres attitudes défensives. Elles pourraient l'amener à esquiver la réalité, à s'irriter, à prendre ses distances, à rester évasif dans ses propos en laissant un interlocuteur partagé entre espoir et désespoir ou encore à ne pas livrer les informations essentielles ou à les livrer d'une manière inadaptée. » (Sorrentino, A. M., Delage M., 2012)

SORRENTINO A.-M. et DELAGE M., in, 2012, DELAGE M., CYRULNIK B., (sous la direction de), *Famille et résilience*, Odile Jacob, Paris, pp. 231/239

37. Résonance

Processus par lequel l'expérience émotionnelle de l'intervenant influence ses observations et ses interventions. L'important est d'identifier ces résonances. Le vécu de l'intervenant est singulier, mais il est maintenu et amplifié dans un contexte particulier, de sorte que ce qu'il vit est lié à lui, et au contexte dans lequel cette résonance se produit. Ce que vit l'intervenant n'est donc pas entièrement réductible à ce qui se passe en lui. La résonance est l'activité de l'intervenant par laquelle il porte attention à son expérience émotionnelle et s'y réfère afin de comprendre la nature et le devenir du système qu'il forme avec ses interlocuteurs. La relation interpersonnelle est perçue comme un processus circulaire d'influence réciproque.

La résonance apparaît, par exemple, quand un intervenant est fortement touché par des sentiments ou des thèmes au cours d'un entretien. Ceux-ci le renvoient à des éléments de son histoire.

Si ces résonances ne sont pas travaillées, elles peuvent être paralysantes ou interférentes. Il est important de s'interroger sur ces phénomènes :

- Est-ce que je connais cet affect particulier ou ce thème spécifique ? Quels échos cette émotion ou cette lecture du réel suscite-t-elle chez moi ?
- En quoi ce thème est-il important pour les patients ? En quoi les concernent-ils ?
- Qu'est-ce que cela traduit du fonctionnement du système et qu'il faut renvoyer au système ?

S'il y a résonance chez l'intervenant, c'est à considérer comme une thématique ou une émotion présente dans le système ou chez la personne. Il est souhaitable que l'intervenant puisse l'utiliser pour comprendre la situation sans imposer sa propre croyance ou sa propre solution.

Plusieurs membres du système élargi des intervenants peuvent vibrer émotionnellement avec des membres de la famille et entrer ainsi en résonance, chacun en fonction de ce qu'il est et de son histoire. Cela peut alors renvoyer à la notion d'isomorphisme.

ELKAÏM M., 1989, *Si tu m'aimes, ne m'aime pas*, Seuil, Paris, p. 153-157

FOULKES S. H., 2004, *Le groupe-analyse : Psychothérapie et analyse de groupe*, Payot – Poche

Sophie Tortolano et Christine Vander Borgh

38. Secret professionnel et secret professionnel partagé

Le secret professionnel est l'obligation pour les membres de certaines professions de taire les informations portées à leur connaissance, de même que les éléments appris par hasard dans le

cadre de leur profession. Cette obligation est définie par le Code pénal, art. 458; le non-respect de cette obligation est donc un délit.

Cette loi vise à garantir au citoyen la confidentialité absolue - sauf exceptions légales - du travail avec certaines professions, condition nécessaire pour établir un lien de confiance. Les conditions du secret professionnel peuvent différer d'une profession à une autre et se retrouvent habituellement précisées dans le code de déontologie des professions concernées (art.7 et art. 12 du Code de déontologie de l'Aide à la Jeunesse). D'autres fonctions, comme par exemple celle d'enseignant, ne sont pas soumises à l'obligation de secret.

Dans certains contextes, le secret professionnel peut être partagé.

Le secret professionnel partagé requiert 5 conditions, définies à l'article 7 précité:

- Le partage d'informations ne peut s'envisager qu'avec des personnes soumises au secret professionnel.
- Ce partage ne peut s'effectuer que dans le cadre d'une prise en charge conjointe d'un même bénéficiaire.
- Le partage doit être limité à ce qui est strictement nécessaire à la réalisation de la mission commune.
- Le bénéficiaire ou son représentant légal doit en être informé en lui précisant ce qui pourrait faire l'objet d'un partage et avec qui.
- Le bénéficiaire ou son représentant légal doit donner son accord.

La levée du secret professionnel est soumise à des règles explicitées, entre autres, dans le protocole d'intervention entre le secteur médico-psycho-social et le secteur judiciaire.

Dans des situations de « danger grave et imminent pour l'intégrité physique ou mentale » d'un mineur ou d'une personne vulnérable, une personne soumise au secret professionnel « peut », signaler les faits au procureur du Roi « si elle n'est pas en mesure, seule ou avec l'aide de tiers, de protéger cette intégrité » (article 458 bis du Code pénal). Cet article permet donc le signalement des situations de maltraitance, mais rappelle aussi que le premier devoir des professions soignantes est d'abord de tenter de faire cesser l'état de danger ou de maltraitance, éventuellement avec l'aide d'autres services compétents, avant de passer au signalement.

ARTICLES 7 et 12 du Code de déontologie de l'Aide à la Jeunesse.

Sophie Tortolano et Philippe Kinoo

39. Séduction incestueuse

D'une façon générale, on peut affirmer que c'est le regard de l'adulte qui pervertit l'enfant.

« Les séductions incestueuses se produisent habituellement ainsi : un adulte et un enfant s'aiment ; l'enfant a des fantasmes ludiques, comme de jouer un rôle maternel à l'égard de l'adulte. Ce jeu peut prendre une forme érotique, mais il reste pourtant toujours au niveau de la tendresse. Il n'en est pas de même chez les adultes ayant des prédispositions psychopathologiques, surtout si leur équilibre ou leur contrôle de soi a été perturbés par quelque malheur, par l'usage de stupéfiants ou de substances toxiques. Ils confondent les jeux des enfants avec les désirs d'une personne ayant atteint la maturité sexuelle, et se laissent entraîner à des actes sexuels sans penser aux conséquences. » (Ferenczi, 1974)

FERENCZI S., 1974/2004, *Confusion de langue entre les adultes et l'enfant*, Petite bibliothèque Payot, Paris, p. 42.

40. Souffrance non reconnue des parents

« ... il s'agit toujours de souffrances anciennes s'enracinant dans leur enfance ou leur adolescence. Les parents maltraitants ont d'abord été des enfants peu ou pas protégés : des enfants humiliés, des enfants maltraités eux-mêmes, des enfants confrontés à des carences de soins, d'une manière générale des enfants vis-à-vis desquels un ou des adultes significatifs n'ont pas fait preuve d'empathie. » (Mugnier, 2012)

« Que l'intervenant se soucie de l'enfant ne signifie pas qu'il se range dans la culpabilisation des parents : cela rendrait l'enfant déloyal et renforcerait même les tendances parentificatrices, car l'enfant ressent que ses parents ont davantage besoin de soutien » (Heireman, 1989, p. 91). L'enfant partagera leurs soucis, blessures et responsabilités. Soutenir la protection de l'enfant passe donc aussi par la protection du parent pour que ce dernier retrouve sa dignité de parent et s'autorise à regarder son enfant droit dans les yeux comme le décrit si bien J.-P. Mugnier (2004). La protection du parent ne signifie nullement nier les faits de maltraitance ni les éventuelles sanctions judiciaires.

Souvent, les parents subissent une double victimisation, une double injustice, incompréhensible pour eux : celle venant de la part des intervenants qui ont pour mission de protéger leur enfant et celle qu'ils ont peut-être subie quand ils étaient eux-mêmes enfants alors que personne ne les en protégeait. « Que l'adulte soit acteur et victime, à côté de l'enfant actuellement victime, est le paradoxe avec lequel l'intervenant doit conjuguer dans sa recherche : comment protéger efficacement l'enfant, sans maltraiter une fois de plus l'adulte en laissant l'enfant dans l'adulte dans sa solitude et non-reconnaissance de victime ? » (Tilmans-Ostyn, 1995).

Cela ne signifie pas d'avoir à faire semblant que tout est bien dans le meilleur du monde. Comment donc « énoncer les difficultés et aussi les ressources pour ne pas en arriver à dénoncer » ?

HEIREMAN M., 1989, *Du côté de chez soi – La thérapie contextuelle d'Ivan Boszormenyi-Nagy*, ESF, Paris

MUGNIER J.-P., 2004, *Les stratégies de l'indifférence + la prise en charge de l'enfant victime d'abus sexuels et de sa famille*, Fabert, Paris

MUGNIER J.-P., in, 2012, DELAGE M., CYRULNIK B., (sous la direction de), *Famille et résilience*, Odile Jacob, Paris, p. 209

TILMANS-OSTYN É., 1995, La thérapie familiale face à la transmission intergénérationnelle des traumatismes. *Thérapie Familiale*, Genève, 16, 2, 163-183.

Muriel Meynckens

41. Suppléance

« Elle consiste à apporter à l'autre ce qu'il faut pour remplacer ou pour donner ce qui manque ; c'est en quelque sorte, une façon de compenser les limites du système-client. Ici, l'intervenant utilise davantage ses compétences disciplinaires. » (Brisson, 2012)

BRISSON P., SAVOUREY M., 2012, *Protection de l'enfance et de la jeunesse. Comment accompagner la famille autrement*. Chronique sociale, Lyon, p. 81.

42. Syndrome de Münchhausen par procuration

C'est une maltraitance grave et difficile à détecter. Elle est le fait d'un adulte, généralement le

parent, qui provoque délibérément chez l'enfant des problèmes de santé répétés de gravité variable mais qui peuvent être sérieux. La maladie ou le problème somatique ainsi provoqués vont nécessiter le recours à la médecine, souvent de façon régulière et sans en comprendre la cause véritable.

Sophie Tortolano

43. Système-client

Le « système-client » est une appellation qui est fort utilisée au Canada. Elle désigne l'ensemble de tous les membres du sous-groupe concerné par l'intervention sociale en cours : aussi bien les membres de la famille et famille élargie que les autres acteurs impliqués, tels que l'école, une institution résidentielle, une famille d'accueil, l'équipe de suivi en milieu ouvert, un CPAS, etc.

En effet, les acteurs « plus ou moins discrets » œuvrant depuis longtemps autour de la famille ont peut-être en tête des solutions qui ne correspondent pas à celles qui sont retenues. « Il est tout à fait possible dans de tels cas que l'environnement social soit programmateur de nouvelles crises dans la famille ou chez le jeune de telle façon que la solution (« placement ») s'impose.

PLUYMAEKERS J., 2004, Heurts et malheurs de la notion de mandat dans l'intervention d'un C.O.E., *Mille lieux ouverts*, Dinant, 32, 79-90

Christine Vander Borgh et Muriel Meynckens

44. Tiers pesant

« Partant d'une approche systémique des familles, il est intéressant d'observer de plus près les processus relationnels qui participent à la construction des individualités et au maintien de l'équilibre dans leur ensemble. En effet, si les apparentés manifestent par leur conduite une cohérence qui semble indiquer une adhésion à des règles régissant le système familial et qui participent à l'identité de celui-ci, tous les membres d'une famille ne sont pas pour autant interchangeables ou indifférenciés les uns par rapport aux autres.

En période d'instabilité due à des perturbations difficiles à « métaboliser », il arrive que des familles rétablissent une forme de stabilité en attribuant un rôle spécifique à l'un de leurs membres. Tout se passe comme s'il existait un consensus pour désigner cette personne à une place bien déterminée : le confident, l'arbitre, le juge, le clown ou le tyran..., la sorcière, la brebis galeuse, le gaffeur, etc.

Tel un pôle attractif positif ou négatif, elle rassemble autour d'elle le reste de la famille, permettant ainsi des cohésions positives ou des coalitions de tous contre elle. »

C'est ainsi qu'Édith Goldbeter rend compte de la lourde place que peut occuper un membre de la famille qui endosse le rôle de « tiers pesant » et remplit ainsi une fonction indispensable de protection de l'espace émotionnel commun.

GOLDBETER É., Deuil, tiers pesant et tuteur de résilience, pp 127-150, in DELAGE M., CYRULNIK B., (sous la direction de), 2012, *Famille et résilience*, Odile Jacob, Paris

Christine Vander Borgh

45. Transmissions familiales et capital d'expériences biographiques

Les transmissions familiales donnent aux parents un sentiment de continuité d'existence. Pour charpenter leurs enfants et les socialiser, ils leur transmettent une langue, des valeurs, des codes sociaux, une histoire familiale, des conceptions et des modes de vie. En migration, ces transmissions se complexifient. Les travaux de Jacques Hassoun montrent que l'exil est traumatique quand il empêche des formes créatives de transmission. Les transmissions rigides, l'allégeance absolue aux anciens immobilisent les enfants dans les contours exacts des ombres redessinées par leurs parents : « Est-il quelque chose de plus grotesque que de rencontrer des clones qui, telles des ombres, singent avec le plus grand sérieux leurs parents ou leurs ancêtres? », observe-t-il. Mais, ajoute-t-il, vivre dans l'illusion d'une existence sans passé aucun, dans le rejet ou le déni des cultures d'origine est aussi une impasse. Quand les exilés deviennent des « hommes sans ombres », sans mémoire, leurs enfants peuvent se sentir perdus parce qu'ils n'ont pas été guidés et n'ont pu marcher dans l'ombre de personne. Pour Hassoun, une transmission réussie prend en compte la situation nouvelle, celle du pays d'installation. Elle offre à celui qui la reçoit un espace de liberté, en même temps qu'une assise généalogique et un héritage culturel. L'enfant peut subjectiver, individualiser cet héritage, se l'approprier, le reconnaître comme sien et s'en différencier, selon les moments de son existence. Ainsi, il peut créer ses propres modes de vie, à partir des constellations culturelles qui l'habitent.

Nous devons la notion de « *capital d'expériences biographiques* » protecteur, à Catherine Delcroix. Il désigne l'expérience accumulée par le groupe familial sur plusieurs générations. Lorsque les expériences biographiques des parents et de la famille élargie sont transmises et réélaborees avec les enfants, ils disposent d'un capital de narrativités qui stimule leur créativité, leurs potentialités réflexives, leurs capacités à faire leur propre histoire : inédite, mais en lien avec celle des leurs. *A contrario*, les enfants qui vivent coupés de la mémoire familiale se sentent souvent étrangers à leurs propres parents et à une part d'eux-mêmes. Quand le capital biographique ne peut se transmettre, les facultés de comparer les logiques qui structuraient le monde d'origine des parents et celui dans lequel les enfants vivent aujourd'hui ne se développent pas. Si la capacité de se représenter l'expérience antérieure des siens, de la mettre en miroir avec la sienne, reste embryonnaire, les enfants peuvent vivre dans l'immédiateté, collés à leur propre expérience, dans des formes d'agir qui peuvent prendre le pas sur le développement de leurs capacités réflexives. Dans ce contexte, le décalage entre les générations et l'incompréhension s'amplifie.

DELCROIX C., *Ombres et lumières de la famille Nour*, op. cit. et « Les parents des cités : la prévention familiale des risques encourus par les enfants », *Les Annales de la recherche urbaine*, n° 83/84, septembre 1999.

HASSOUN J., 2002 *Les Contrebandiers de la mémoire*, La Découverte, Paris p. 96.

JAMOULLE P., 2013, *Par-delà les silences. Non-dits et ruptures dans les parcours d'immigration*, La Découverte, Paris, p. 138

Pascale Jamouille

46. Travail de l'exil

En prenant place dans de nouveaux mondes, en tirant les leçons de l'expérience vécue, les migrants se transforment, reformulent leurs identités. Le « travail de l'exil » est l'émergence des personnes qu'ils deviennent, de là-bas à ici. Le déplacement met les différentes facettes de leur identité au travail : ils s'adaptent aux environnements et aux imaginaires qu'ils rencontrent. Au contact de nouveaux lieux, ils intègrent, de façon chaque fois singulière, de

nouveaux systèmes symboliques, de nouvelles logiques culturelles et sociales. En devenir, ils s'éloignent lentement de ce qu'ils ont été. Ils s'approprient de nouveaux codes sociaux, se désapproprient des pans entiers de leur héritage familial et culturel, se réappropriant ensuite des formes mouvantes, oscillantes, de synthèse personnelle.

JAMOULLE P., 2013, *Par-delà les silences. Non-dits et ruptures dans les parcours d'immigration*, La Découverte, Paris, p. 138

Pascale Jamouille

47. Urgence

Elle est à distinguer de la crise. L'urgence est surtout liée au fait qu'il y a quelque chose qui « presse », qui fait pression. Ce qui est urgent n'est pas nécessairement la résolution de la problématique amenée, mais oblige à se situer ou à prendre une décision par rapport à une situation intenable. La question à se poser est de savoir quelle est la donnée urgente qui ne peut donc pas être différée et ce qui peut ne pas être réglé dans l'immédiat. Que se passerait-il si les personnes n'avaient pas consulté ? Nous constatons qu'une demande de rendez-vous en urgence tient parfois avant tout à l'idée d'entamer la démarche et de recevoir un rendez-vous mais ne correspond pas nécessairement à une situation réellement urgente d'autant que dans les faits, elle existe depuis déjà de longs mois. Ce qui est à acter dans l'urgence doit rester ponctuel. Ce n'est du reste ni le moment d'analyser toute la problématique, ni celui de réaliser une anamnèse fouillée.

Muriel Meynckens

48. Visite médiatisée

« Selon Berger et Rigaud (2001), il arrive que les contacts de l'enfant avec ses parents aient des effets nocifs sur le fonctionnement psychique ou psychosomatique de l'enfant pour deux raisons : soit le comportement des parents est toujours fortement nocif (ce qui confronte et soumet l'enfant, lors des rencontres, à leur pathologie faite de folie, de perversion, de séduction malsaine, de dépression profonde, et cela angoisse et désorganise l'enfant de façon durable), soit la rencontre éveille chez l'enfant des traces angoissantes du passé. Dans les deux cas, il est nécessaire que les rencontres soient médiatisées ou supervisées dans un lieu institutionnel en présence d'intervenants impliqués dans la situation. »

LAFHAMME Michel K., in, 2012, BRISSON P., SAVOUREY M., *Protection de l'enfance et de la jeunesse. Comment accompagner la famille autrement*. Chronique sociale, Lyon, p.154

V. BIBLIOGRAPHIE

Livres

- AUSLOOS G., 1995, *La compétence des familles*, Érès, coll. Relations, Toulouse
- BARUDY J., 1997, *La douleur invisible de l'enfant*, Érès, coll. Relations, Toulouse
- BERGER M., *L'échec de la protection de l'enfance*, Dunod, Paris
- BERGER M., 2011 (2^{ème} éd.), *Les séparations à but thérapeutique*, Dunod, Paris
- BRISSON P., SAVOUREY M., 2012, *Protection de l'enfance et de la jeunesse. Comment accompagner la famille autrement*. Chronique sociale, Lyon
- BOILY M., SAINT-ONGE M., TOUTANT M.-T., 2006, *Au-delà des troubles mentaux, la vie familiale*. CHU Sainte-Justine
- CANCRINI L., 2009, *L'océan borderline – troubles des états-limites, récits de voyage*, De Boeck, coll. Carrefour des psychothérapies, Bruxelles
- CIRILLO S., di BLASIO P., 2005, *La famille maltraitante*, Fabert, Paris
- CIRILLO S., 2006, *Mauvais parents – Comment leur venir en aide ?* Fabert, Paris
- D'AMORE S., (sous la direction de), 2010, *Les nouvelles familles*, De Boeck, coll. Carrefour des psychothérapies, Bruxelles
- DANDOY N., KINOO Ph., VANDERMEERSCH D., (sous la direction de), 2003, *Allégations d'abus sexuels et séparations parentales*, Collection Perspectives Criminologiques, Editions De Boeck, Louvain-la-Neuve, 2003
- DELAGE M., CYRULNIK B., (sous la direction de), 2012, *Famille et résilience*, Odile Jacob, Paris
- DELION P., (sous la direction de), 2012, *Les bébés à risque autistique*, Érès, Toulouse.
- DE GAULEJAC V., 2001, *Les sources de la honte*, Desclée de Brouwer, Paris
- DENIS C., (sous la direction de), *Fruit de l'amour ou pomme de discorde ? La place des enfants dans le conflit*, Éditions Parole d'enfant, Liège
- DIENER Y., 2011, *On agite un enfant – L'État, les psychothérapeutes et les psychotropes*, La Fabrique éditions, Paris
- FAORO-KREIT B., (sous la direction de), 2011, *Les enfants et l'alcoolisme parental*. Érès, La vie de l'enfant, Toulouse
- FERENCZI S., 1974/2004, *Confusion de langue entre les adultes et l'enfant*, Petite bibliothèque Payot, Paris
- FURTOS J. (dir), 2008, *Les cliniques de la précarité. Contexte social, psychopathologie et dispositifs*, Masson, Paris
- GUEDENEY N. et GUEDENEY A., 2006, *L'attachement. Concepts et applications*, Masson, Coll. Les âges de la vie Paris.
- HARDY G. (sous la direction de), 2000, *S'il te plaît, ne m'aide pas - L'aide sous injonction administrative ou judiciaire*. Érès, coll. Relations, Toulouse
- HAXHE S., 2013, *L'enfant parentifié et sa famille*, Érès, coll. Relations, Toulouse
- HAYEZ J.-Y. et de BECKER E., 1997, *L'enfant victime d'abus sexuel et sa famille : évaluation et traitement*. PUF, Paris.
- HEIREMAN M., 1989, *Du côté de chez soi – La thérapie contextuelle d'Ivan Boszormenyi-Nagy*, ESF, Paris
- HOUZEL D., 1999, *Les enjeux de la parentalité*, Érès, Toulouse
- HUSTVEDT S., 2013, *Vivre, penser, regarder*, Acte Sud, Arles
- JAMOULLE P., 2000, *Drogues de rue. Récits et styles de vie*, De Boeck, coll. Oxalis,

Louvain-la-Neuve

JAMOULLE P., 2009, *Fragments d'intime. Amours, corps, et solitudes aux marges urbaines*, La Découverte, Paris

JAMOULLE P., 2008 (2005), *Des hommes sur le fil. La construction de l'identité masculine en milieux précaires*, La Découverte, Paris / Poche

JAMOULLE P., 2009 (2002), *La Débrouille des familles. Récits de vie traversés par les drogues et les conduites à risques*, De Boeck, Louvain-la-Neuve / Poche

JAMOULLE P., En collaboration avec J. MAZZOCCHETTI, 2011, *Adolescences en exil*, coll. Anthropologie prospective / Academia Bruylandt, Louvain-la-Neuve

JAMOULLE P., 2013, *Par de-là les silences, non-dits et ruptures dans les parcours d'immigration*, La Découverte, Paris

KINOO P., DANDOY N. et VANDERMEERSCH D., 2003, *Allégations d'abus sexuels et séparations parentales*, De Boeck, Coll. Perspectives Criminologiques, Louvain-la-Neuve

LEMAY M., 1998, *J'ai mal à ma mère*, Fleurus Psychopédagogie

MEYNCKENS-FOUREZ M., HENRIQUET-DUHAMEL M.-C., 2005, Dans le dédale des thérapies familiales – un manuel systémique, Érès, coll. Relations, Toulouse

MEYNCKENS-FOUREZ M., VANDER BORGHT C., KINOO P., 2011 (réédition corr. 2013), *Eduquer et soigner en équipe – Manuel de pratiques institutionnelles*. De Boeck, coll. Carrefour des psychothérapies, Bruxelles (chapitres 2, 3, 4, 10)

MICHARD P., 2005, *La thérapie contextuelle d'Ivan Boszormenyi-Nagy. Une nouvelle figure de l'enfant dans le champ de la thérapie familiale*, De Boeck, coll. Carrefour des psychothérapies, Bruxelles.

MILLER A., rééd 2008, *Le drame de l'enfant doué*. PUF, Paris.

MORO M.-R., 2002, *Enfants d'ici venus d'ailleurs. Naître et grandir en France*, La Découverte, Paris

MUGNIER J.-P., 2004, *Les stratégies de l'indifférence + la prise en charge de l'enfant victime d'abus sexuels et de sa famille*, Fabert, Paris

MUGNIER J.-P., 2005, *La promesse des enfants meurtris*, Fabert, Paris

PARRET C., IGUENANE J., 2001, *Accompagner l'enfant maltraité et sa famille*, Dunod, Paris

PAUGAM S., 1990, *La disqualification sociale*, PUF, Paris

SERON C., WITTEZAELE J.-J., 1991, *Aide ou contrôle*, De Boeck, Bruxelles

SERON C., 2002, *Miser sur la compétence parentale*, Érès, coll. Relations, Toulouse

TILMANS-OSTYN E., MEYNCKENS-FOUREZ M. (sous la direction de), 1999, *Les ressources de la fratrie*, Érès, coll. Relations, Toulouse

Articles

AUSLOOS G., 1983, « Finalités individuelles, finalités familiales : ouvrir des choix », *Thérapie familiale*, Genève, 4, 2, 187-203

CALICIS F., 2006, La transmission transgénérationnelle des traumatismes et de la souffrance non-dite, *Thérapie Familiale*, Genève, 27, 3, 229-242

CIRILLO S., 1997, Maltraitance envers les enfants et traitement de la famille. *Thérapie Familiale*, Genève, 18, 1, 33-48

de BECKER E., 2008, Réalités et représentations dans les situations de maltraitance à enfants. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 56, 7, 2008, 422-429

de BECKER E., CHAPELLE S., 2010, L'accompagnement systémique des familles abusives. *Thérapie familiale*, Genève, 31, 1, 65-78

de BECKER E., 2010, Enfants maltraités, la question du diagnostic, *L'information psychiatrique*, 86, 269-276

de BECKER E., CABILLAU E., CHAPELLE S., 2011, Pratique de réseau et maltraitance d'enfants. *Thérapie familiale*, Vol. 32, 2, 1, 231-251

de BECKER E., 2011, L'enfant et le conflit de loyauté : une forme de maltraitance psychologique. *Annales Médico-Psychologiques*, 6, 339-344

de BECKER E., 2012, De la nécessité du cadre d'intervention avec les familles dites maltraitantes, *Psychothérapies*, 32, 1, 3-13

de BECKER E., 2012, Comment évaluer une allégation de maltraitance d'enfant : un dispositif d'évaluation intégratif. *Annales Médico-psychologiques*, 170, 2, 109-111

DELAGE M., 2010, Le thérapeute familial et l'aliénation parentale, *Thérapie Familiale*, Genève, 31, 1, 27-38

FONTAINE P., 1992, Le temps et les familles sous-prolétaires, *Thérapie Familiale*, Genève, 13, 3, 297-326

FOSSION P., REJAS M.-C., 2007, Prise en charge des familles traumatisées – L'apport de Siegi Hirsch, *Thérapie familiale*, Genève, 28, 3, 231-247

FURTOS J., 2011, La précarité au cœur de la mondialisation, *Le carnet psy*, Cazaubon, Paris, vol. 7,

FURTOS J., 2011, La précarité et ses effets sur la santé mentale, *Le carnet psy*, Cazaubon, Paris, vol. 7, 29-34

HAYEZ J.-Y. KINOO P., 2005, Aliénation parentale, un concept à haut risque, *Revue Droit Familial*, De Boeck, LLN et *Neuropsychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*

KINOO P., 1997, Séparation et suspicion d'attouchements sexuels : responsabilité du juge, responsabilité du psy. *Divorce*, 10, *Kluwer*, Éditions juridiques, Belgique

KINOO P., 1998, Expertises en droit familial : fonction de l'expert, éthique du psy, *Thérapie familiale*, Genève, 19, 4, 341-347

KINOO P., 1999, Allégations d'abus sexuels et séparations parentales, *Thérapie familiale*, Genève, 20, 3, 253-262

KINOO P., 2001, La prise en charge des enfants de parents séparés : éthique et technique, *Enfances-Adolescences*, vol.1, De Boeck, LLN

KINOO P., 2001, Un psy-expert, est-ce pire ? *Enfances-Adolescences*, vol. 2 De Boeck, Louvain-la-Neuve

KINOO P., 2001, La prise en charge des enfants de parents séparés : éthique et technique, *Enfances-Adolescences* vol.1, De Boeck, LLN

KINOO P., 2002, J'ai deux mamans, deux papas et un père : à propos de la représentation des liens de filiation, *Enfances-Adolescences*, vol. 3, De Boeck, Louvain-la-Neuve

KINOO P., 2006, Une parole d'enfant ne vaut pas une parole d'adulte, *Journal du Droit des Jeunes*, n° 257, septembre 2006

LAMOUR M., 2013, Rencontre et soins psychiques des nourrissons en souffrance et de leur famille dans des situations à haut risque psychosocial, *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, vol.1, Érès, Toulouse

LERNOUT N., 2005, Comment utiliser le phénomène d'isomorphisme entre le système familial et le système des intervenants lors d'un placement en institution pour favoriser le changement sollicité ? Récit d'un traitement, *Thérapie Familiale*, Genève, 26, 2, 197-212

MARQUEBREUCQ A.-P., NYSSENS G., 2012, Modélisation systémique des liens d'attachement dans la famille pour soutenir une clinique éducative à l'adolescence. Quelle place pour les outils métaphoriques ? *Thérapie familiale*, 33, 4, 373-390

MARTEAUX A., 2002, La fragilisation de la fonction paternelle dans le processus migratoire, *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 28, 166-174, De Boeck, Bruxelles

- MUGNIER J-P, Le signalement. Un acte d'engagement de l'intervenant, *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratique de réseaux*, 24, 61-69, De Boeck, Bruxelles
- MUGNIER J.-P., 2004, L'enfant victime d'abus sexuel et sa famille, in *Les stratégies de l'indifférence* Paris, Fabert
- NEUBURGER R., 1980, Aspects de la demande : la demande en psychanalyse et en thérapie familiale, *Thérapie familiale*, 2, 133-144
- PLUYMAEKERS J., 1998, Le mandat dans la pratique des SAJ... To be or not to be, *Travailler le social*, "Aider sous mandat", 25, 8-23
- PLUYMAEKERS J., 2004, Heurts et malheurs de la notion de mandat dans l'intervention d'un C.O.E., *Mille lieux ouverts*, Dinant, 32, 79-90
- SEMET C., 2004, Face aux limites, nos responsabilités sont engagées, *Mille lieux ouverts*, 32, 29-34, Dinant
- TILMANS-OSTYN E., 1995, La thérapie familiale face à la transmission intergénérationnelle des traumatismes. *Thérapie Familiale*, Genève, 16, 2, 163-183
- WATS N., 2005, Travail en réseau et maltraitance, *Thérapie Familiale*, Genève, 26, 1, 7-18

Documents de l'aide à la jeunesse

- Protocole d'intervention entre le secteur Médico-psycho-social et le secteur judiciaire
http://www.aidealajeunesse.cfwb.be/index.php?eID=tx_nawsecuredl&u=0&file=fileadmin/sites/ajss/upload/ajss_super_editor/DGAJ/Documents/Protocoles/protocole-intervention-sphere_medico-psy_et_judiciaire.pdf&t=1391445304&hash=b53b89d747dfa44d47b08c90e003c308aa7290c8
- Code de déontologie des services du secteur de l'aide à la jeunesse
<http://www.deontologie.cfwb.be/>
- Repères pour le secret professionnel non-partagé dans le travail social, CAAJ, 2002, Bruxelles

Sites à consulter

- maltraitancedesenfantsgrandcausenationale2014.wordpress.com
- www.france-universite-numerique-mooc.fr
- www.yapaka.be
- www.aidealajeunesse.cfwb.be

VI. REMERCIEMENTS

Nous remercions chaleureusement les services de l'aide à la jeunesse de Bruxelles, Charleroi, Marche en Famenne, Mons, Namur et Neufchâteau, ainsi que les services de protection judiciaire de Marche en Famenne, Neufchâteau et Nivelles qui ont participé au processus de recherche.

Plus particulièrement, nous remercions, pour leurs apports essentiels, l'ensemble des agents de l'aide à la jeunesse qui nous ont permis d'observer leur travail, ainsi que les agents qui ont participé à l'élaboration et à la mise à l'épreuve des Balises.

Pour le SAJ de Bruxelles :

Jean-Marie Delcommune, Conseiller, Valérie Latawicz, Conseillère adjointe, Anne-Marie Renard, Conseillère adjointe, Francine Roose, Conseillère adjointe, Raphaël Noiset, Délégué en chef, Joaquim Romero, délégué en chef, Derya Alhan, Déléguée permanente, Catherine Lukaschewitsch, Déléguée permanente, John Martens, Délégué permanent, Antonia Micelli, Déléguée de permanence.

Pour le SAJ de Charleroi :

Lydia Lacorte, Conseillère et toute une équipe.

Pour le SAJ de Marche en Famenne :

Véronique Michaux, Conseillère, Martine Gérard, Déléguée en chef.

Pour le SAJ de Mons :

Marie-Pierre Gadenne, Conseillère adjointe, Mélanie Dubuisson, Déléguée de permanence, Jonathan Ferretti, Délégué de permanence, François Pauwels, Délégué permanent, Jessica Pierri, Déléguée de permanence.

Pour le SAJ de Namur :

Martine Colpant, Conseillère, Anne-Sophie Boca, Conseillère adjointe, Mireille Boren, Conseillère adjointe, Barbara Guyaux, Déléguée en chef, Annick Hicorne, Déléguée en chef, et toute une équipe.

Pour le SAJ de Neufchâteau :

Geneviève Jamar, Conseillère, Nathalie Beranger, Déléguée permanente, Juliane Mathieu, Déléguée permanente.

Pour le SPJ de Marche en Famenne :

Anne-Marie Haterte, Directrice

Pour le SPJ de Neufchâteau :

Muguette Poncelet, Directrice, Bernadette Mannard, Déléguée en chef, Florence Compère déléguée permanente.

VII. TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE	2
REMERCIEMENTS	3
INTRODUCTION.....	4
MODE D'EMPLOI.....	7
I. LES FICHES GÉNÉRALISTES.....	10
Fiche I. 1. Construire une représentation.....	10
Fiche I. 2. Analyse de la demande*	12
A. S'il y a un signaleur.....	12
B. Si l'enfant, le parent ou la famille se présentent accompagnés d'un membre de son réseau* naturel.....	13
C. Si l'enfant, le parent ou la famille adresse une demande à la suite d'un travail d'élaboration réalisé, en amont, avec un intervenant ou un service	13
Fiche I. 3. Analyse du degré d'urgence*	14
A. Est-ce une urgence* ?.....	14
B. Est-ce une crise*?	15
C. Est-ce une situation de danger ou de dysfonctionnement chronique ?	16
Fiche I. 4. Analyse croisée de la parole de chacun.....	17
A. Le nourrisson.....	17
B. L'enfant et l'adolescent	18
C. Les autres protagonistes.....	18
Fiche I. 5. Le réseau* professionnel.....	19
Fiche I. 6. Le réseau* primaire ou naturel.....	21
Fiche I. 7. La collaboration	22
A. Pour les professionnels	22
B. Pour les parents.....	23
C. Pour tous	23
Fiche I. 8. Ressenti et réflexivité du travailleur.....	24
A. Par rapport à moi-même	24
B. Par rapport à la famille	24
C. Par rapport aux autres intervenants.....	25
II. LES PROBLÉMATIQUES CRITIQUES	27
Fiche II. 1. La maltraitance physique	28
Fiche II. 2. La maltraitance psychologique	31

Fiche II. 2 Bis : Conflits conjugaux et séparations conflictuelles	34
Fiche II. 3. Les négligences graves	36
Fiche II. 4. La maltraitance sexuelle	40
Fiche II. 5. La maltraitance institutionnelle.....	45
III. APPROFONDISSEMENTS THÉMATIQUES	48
Fiche III. 1. Les enjeux relationnels	49
Fiche III. 2. Troubles de l'attachement*	50
Fiche III. 3. Signes de souffrance du nourrisson à l'adolescent	53
Fiche III. 3. 1. Le nourrisson	54
A. Construire une représentation.....	54
B. Facteurs de risques concernant l'enfant.....	54
C. Facteurs de risques liés à l'environnement	55
D. Signes de danger.....	55
Fiche III. 3. 2. L'enfant (après trois ans).....	57
A. Construire une représentation.....	57
B. Facteurs de risques concernant l'enfant.....	57
C. Facteurs de risques liés à l'environnement	57
D. Signes de danger.....	58
Fiche III. 3. 2. 1. Signes de souffrance de l'enfant.....	59
Fiche III. 3. 3. L'adolescent	65
A. Construire une représentation.....	65
B. Risques et dangers à l'adolescence.....	65
Fiche III. 3. 2. 1. Signes de souffrance chez l'adolescent	67
Fiche III. 4. Signes de souffrance de l'adulte	73
Fiche III. 5. Souffrances des familles	78
Fiche III. 6. Souffrances liées aux migrations	80
A. Soutenir le travail de l'exil*	80
B. Soutenir les métissages socio-culturels*.....	81
Fiche III. 7. Souffrances liées à la précarité*	83
IV. NOTIONS	86
1. Analyse de la demande selon Neuburger	86
2. Assistance.....	86

3.	Attachement et liens	86
4.	Autorité parentale conjointe (voir aussi coparentalité).....	87
5.	Bouc émissaire	88
6.	Clivage.....	88
7.	Comportement suicidaire.....	89
8.	Consentement	89
9.	Coopération et consensus	90
10.	Coparentalité	91
11.	Crise	91
12.	Déni	93
13.	Dépistage de la maltraitance physique	93
14.	Diagnostic.....	93
15.	Double lien scindé	94
16.	Empathie.....	94
17.	Empowerment / Capacitation	94
18.	Environnement suffisamment bon.....	95
19.	Face à la maltraitance : compréhension et alliance	95
20.	Fil rouge	96
21.	Fonction parentale, maternelle et paternelle.....	96
22.	Incestualité ou contexte incestuel.....	97
23.	Isomorphisme	97
24.	Jalons d'évaluation clinique des situations de défaillance parentale.....	98
25.	Jeu des identifications	98
26.	Loyauté.....	99
26 bis.	Les conflits de loyauté	99
26 ter.	La loyauté clivée	99

27.	« Méchante connotation positive ».....	100
28.	Mère suffisamment bonne	101
29.	Métissages socio-culturels.....	101
30.	Mythe familial	102
31.	Parentalité à temps partiel	103
32.	Partialité multidirectionnelle	103
33.	Parentification / adultification	104
34.	Précarité et disqualification sociale.....	105
35.	Réseau	106
36.	Résilience	106
36 bis.	Aide à la résilience et facteurs de protection : place des soignants	106
37.	Résonance.....	107
38.	Secret professionnel et secret professionnel partagé.....	107
39.	Séduction incestueuse.....	108
40.	Souffrance non reconnue des parents	109
41.	Suppléance.....	109
42.	Syndrome de Münchhausen par procuration	109
43.	Système-client	110
44.	Tiers pesant.....	110
45.	Transmissions familiales et capital d'expériences biographiques	111
46.	Travail de l'exil	111
47.	Urgence	112
48.	Visite médiatisée	112
V. BIBLIOGRAPHIE		113
VI. REMERCIEMENTS		117
VII. TABLE DES MATIÈRES		119