Finalités et modèles de clinique dans les équipes « dites » spécialisées dans les situations de maltraitance[1]

Emmanuel de BECKER[2]

Équipes « dites spécialisées » ? ! Au fil du temps s'est constitué un réflexe sociétal, dans le grand public et parmi les professionnels de l'enfance, de se tourner vers nos structures comme point de repère, balise, lieu de réflexion, phare dans la tourmente de situations de plus en plus complexes à délier (d'autres métaphores peuvent être trouvées !)[3].
Cette appellation « dites spécialisées » renvoie aussi à l'idée que les équipes ne revendiquent aucun monopole, aucune exclusivité[4].
Nommées, par décret[5], « Instances Compétentes », elles se veulent humainement compétentes, c'est-à-dire qu'elles travaillent dans la subjectivité, à la rencontre du sujet souffrant, face à des faits ou des réalités suspectées, et ceci en tentant d'ouvrir les non-demandes, les dualités et les intrications des relations souvent motrices, à l'œuvre dans les maltraitances[6].

Si nous allons traiter essentiellement de la clinique, il ne faudrait pas mettre de côté d'autres missions des équipes, regroupées sous le terme « prévention »[7].

---

[1] Bulletin d'Informations de l'Action Enfance maltraitée n° 53, édition ONE, Bruxelles, 2003
[2] Pédopsychiatre, coordinateur de l'équipe SOS Enfants-Famille des Cliniques Universitaires Saint-Luc – place J.B. Carnoy, 16 – 1200 Bruxelles.
[3] Gabel M. Une recherche-action : de la démarche clinique individuelle à une démarche de santé publique. In Gabel M., Lebovici S., Mazet P. (dir) Maltraitance : répétition, évaluation. P. 31-38. Fleurus, Paris, 1996.
[4] « Fédération des Services SOS Enfants » : plate-forme de discussion, origine de la Fédération, pour en finir avec le vide, proposition concernant la révision du décret du 16 mars 98 relatif à l'aide aux enfants victimes de maltraitance … Documents c/o : 1/29 av. des Croix de Feu – 7100 La Louvière. 2002.
[5] Communauté Française : décret du 16 mars 98 relatif à l'aide aux enfants victimes de maltraitance.
[6] Coordination de l'aide aux victimes de maltraitance – guide à l'usage des intervenants auprès des enfants et des adolescents. Ministère de la Communauté Française. 2001.
[7] Hayez, J.Y. Autour de l'abus sexuel, de sa prévention et de sa prise en charge. DIRem n°35, ONE,10/11/1999.

Déjà par les prises en charge proprement dites, l'action des équipes se situe aux niveaux secondaire et tertiaire des types de prévention définis par l'OMS[8], c'est-à-dire qu'elle veille à prévenir la maltraitance, d'une part avant qu'elle ne se produise, avec le présupposé qu'il existe des populations «à et en danger », et d'autre part, en travaillant le risque de récidive, c'est-à-dire en empêchant l'apparition de nouveaux comportements inadéquats.

Par ailleurs, nous avons développé la sensibilisation des intervenants de première ligne ainsi que des futurs professionnels, aux situations de maltraitance, à leur gestion émotionnelle, par la création notamment de modules de formation en petits groupes. Bien d'autres formules existent.

Des auteurs comme Myriam De Spiegelaere[9] et Monique Meyfroet[10] estiment que les interventions de dépistage qui sont réalisées par les services préventifs ne sont réellement préventives que si une prise en charge thérapeutique existe en aval. Il est ainsi intéressant que certains services conservent conjointement des missions préventives et curatives.
Nous pensons aussi disposer de concepts qui peuvent nous guider dans l'élaboration de processus préventifs parce qu'ils reposent à la fois sur des théories développementales intéressantes et parce que les liens entre les développements relationnels dysharmonieux et la pathologie ultérieure ont pu être mis en évidence.
Prenons un simple exemple de travail à visée préventive de type « secondaire »: des parents susceptibles de devenir maltraitants ont, le plus souvent, des attentes irréalistes et des espoirs démesurés à propos de leur enfant et accordent une extrême importance à la discipline et au bienfait des punitions. En abordant ces parents « déçus » par le comportement de leur enfant, par ce hiatus entre l'enfant imaginaire et l'enfant réel, la culpabilité, l'agressivité, la mésestime de soi qui en découlent, nous pouvons davantage les rencontrer et les amener à comprendre l'intérêt d'une modification de leurs attitudes[11], [12], [13], [14].

---

[8] OMS : Organisation Mondiale de la Santé. Nous allons, dans la suite du texte, utiliser plusieurs abréviations comme PMS, service psycho-médico-social (service rattaché aux écoles maternelles, primaires, secondaires, chargé principalement de l'évaluation, l'accompagnement d'un problème d'ordre scolaire d'un élève) ; comme SAJ, service d'aide à la jeunesse (service oeuvrant, dans la collaboration, pour la mise en place de programmes d'aide pour mineurs d'âge en difficulté – nous renvoyons, pour de plus amples explications, le lecteur au décret 91 de la Communauté Française établissant l'Aide à la Jeunesse) ; comme le TJ, Tribunal de la Jeunesse (instance judiciaire compétente pour les mineurs d'âge en danger – voir les textes de Loi à ce propos) ; comme TMS, les travailleurs médico-sociaux, structure dépendant de l'ONE (suivi, entre autres, à domicile des jeunes enfants et de leur famille) ; comme SOS Enfants (équipe multidisciplinaire ayant pour mission l'évaluation, l'accompagnement thérapeutique, la prévention de situations de maltraitances d'enfants – pour plus de détails, lire les décrets 85 et 98 de la Communauté Française relatifs à l'aide aux enfants victimes de maltraitance).

[9] De Spiegelaere M. Prévention et inégalités sociales de santé chez l'enfant et l'adolescent. Contribution au rôle des structures préventives pour une réduction des inégalités sociales de santé. Thèse de Doctorat en Sciences de la Santé Publique. Université Libre de Bruxelles. 1998.

[10] Meyfroet M. Que touche-t-on au cœur de l'individu, du groupe ou de l'institution quand on fait de la prévention ? Direm, ONE , 02/03 2000, n° 37.

[11] Couchard F. Emprise et violence maternelles. Dunod, Paris, 1991.

[12] de Becker E., Dubois F. La question des liens avec les familles dites maltraitantes. Sauvegarde de l'Enfance, n° 1, 1999.

[13] Durning P., Mc Cord J. Attentes de rôles et représentations de la vie familiale des enfants et de leurs parents. In Preteur Y., De Leonardis M. (dir) Education familiale, image de soi, compétences sociales. p. 151-166. De Boeck, 1995.

[14] Tomkiewicz S., Vivet P. Aimer mal, châtier bien. Seuil, Paris, 1991.

Abordons maintenant la clinique en en soulignant toute la complexité qui a finalement amené les différentes équipes à concevoir des modèles et des limites de travail souvent différents selon leur implantation structurelle, géographique, au sein du réseau ou eu égard à leurs références théoriques. Rappelons qu'il s'agit d'intervenants humains qui, confrontés à la souffrance d'autres humains, parfois exprimée avec violence, ont privilégié tel ou tel aspect du travail, mais toujours avec la même finalité que constitue la protection physique, psychologique de l'enfant dans une perspective de sauvegarde développementale[15].
Pour l'illustrer, appuyons-nous sur une situation qui, loin d'être paradigmatique, donne les grands repères des interventions effectuées. Considérons-la comme « fil rouge », à partir duquel on va évoquer le travail dans ses aspects concrets, amener notre cheminement, nos questions et donner des considérations plus générales sur l' « action enfance maltraitée ».
Une infirmière nous contacte, ne sachant plus quelle attitude adopter à l'égard d'une collègue ; avec le temps, elles ont sympathisé au point qu'elle est marraine du dernier enfant de celle-ci. Ses inquiétudes portent sur l'ambiance familiale engendrée par le mari intolérant, aux exigences d'éducation excessives. D'après elle, il frapperait sa femme et enfermerait trop régulièrement dans la cave Nicolas et Leia, leurs enfants âgés de 5 et 3 ans.
Au fil de l'entretien avec l'infirmière inquiète, on recueille le contenu des propos (leur teneur et cohérence…) ainsi que leur contexte (les enjeux du signalement, la ligne du temps des inquiétudes,…) aux fins d'établir une première « cartographie » de la situation ; on en évalue le degré d'urgence, les meilleures modalités d'intervention et leur cadre…
Dans la mesure du possible, nous menons cette analyse de la demande à deux intervenants de professions différentes et complémentaires : sont représentés d'une part le champ social dans tout ce qui fait lien à la réalité, au vécu d'appartenance à une communauté avec ses ancrages et ses limites, et d'autre part, le champ psychologique qui questionne le sens des actes ou non-actes, questionnement qui permet à l'individu de s'approprier son histoire, avec ses traumatismes et ses projets.
Ces deux premiers volets s'enrichissent des compétences médicales, pédiatriques et psychiatriques, et de celles du juriste, tant lors des investigations que dans l'accompagnement thérapeutique.
Seule, cette approche plurielle autorise, dans nombre de situations complexes, une prise de distance suffisamment professionnelle pour définir au mieux les suites à donner au signalement. Le travail en dyade, pièce maîtresse du dispositif, ouvre les modes de lecture et de compréhension, dose le réel, augmente les possibilités d'alliance.

Revenons à la situation…
A la fin de ce premier contact, nous retenons l'idée de revoir l'infirmière avec son amie, la mère des enfants, … celle-ci se présente non sans appréhension et perplexité sur l'utilité de la démarche. Elle ne comprend pas ce qu'elle fait là, troublée, elle qui appartient en plus au « monde soignant ».
Embarrassée, Madame souligne l'exagération des propos de sa collègue, arguant du fait que celle-ci prend trop à cœur ce qu'elle lui a confié un jour de fatigue.
Finalement et sans avoir pu vraiment approfondir le contenu des inquiétudes, nous obtenons de Madame qu'elle revienne seule, dans peu de temps, l'assurant qu'aucune intervention ne sera lancée à son insu.

[15] Gabel M. Une recherche-action : de la démarche clinique individuelle à une démarche de santé publique. In Gabel M., Lebovici S., Mazet P. (dir) Maltraitance : répétition, évaluation. P. 31-38. Fleurus, Paris, 1996.

A ce stade, nous n'avons pas recueilli d'éléments nouveaux concernant les enfants, pas plus qu'un début de lien n'ait pu vraiment être établi. Le risque d'absence au prochain rendez-vous est réel d'autant que nous avons la conviction que Madame est repartie chargée de la tension de cette consultation dont elle ne voit pour l'instant que des retombées préjudiciables pour sa famille ; quand bien elle peut souhaiter un changement, elle redoute la crise qui le précède, crise déclenchée par l'intrusion sociale et toutes les représentations qu'une équipe professionnelle véhicule.
L'avant-veille du deuxième entretien, nous recevons un appel téléphonique de la mère de Madame sollicitant pour elle un rendez-vous en urgence afin de nous exposer la gravité de la situation. Informée par sa fille de notre récente présence auprès d'elle, elle confie son épuisement devant le comportement inconscient et immature de la mère de Nicolas et Leia. L'interrompant poliment dans sa description, nous l'invitons à rejoindre sa fille à un prochain rendez-vous, si celle-ci y consent.
Lors de la deuxième rencontre, Madame se montre très angoissée, aux propos décousus, dispersée qu'elle est entre une préoccupation maternelle, le souci de préserver sa vie professionnelle, la peur de la violence de Monsieur et les moyens à mettre en œuvre pour « arrêter tout ça ». Et ce n'est pas faute d'avoir essayé !
On apprend les antécédents de deux tentatives de départ avec les enfants dont l'une chez sa propre mère et l'autre en maison maternelle, suivies d'abord d'une rage du mari puis de son silence alimentant culpabilité et ambivalence chez Madame. Elle s'est aussi tournée, dans le passé, vers des aides médicales et psychologiques, mais sans résultat, faute d'implication dans la durée.
Le tableau, qu'elle nous livre par petites touches successives, révèle une situation qui la dépasse et nous alarme : on note, entre autres, le refus par le père de fréquentation régulière de l'école et de la crèche, son opposition à toute consultation médicale pour les
enfants, ses restrictions alimentaires à leur égard, l'absence d'activités ludiques estimées par lui comme futiles, …
Toutefois, elle accepte d'inviter son mari au prochain rendez-vous. Surpris, nous y accueillons toute la famille nucléaire ; là, Madame oscille entre la discrétion et la soumission à l'égard d'un homme logorrhéique, au discours bien charpenté, revendicateur mais plaintif, prônant les valeurs de son pays d'origine.
Quant aux enfants, autant Leia ne cesse d'attirer l'attention de ses parents sur elle, passant des genoux de l'un à ceux de l'autre, les interpellant avec fébrilité, autant Nicolas s'isole dans un coin (pour ne pas dire dans son monde), capté par un seul jeu, ne répondant à aucune sollicitation. Physiquement, tous deux paraissent extrêmement maigres et pâles.
Lors de cette rencontre familiale, les malaises individuels exprimés différemment font écho aux graves perturbations de communication observables, aux conséquences perceptibles sur Nicolas et Leia ; quoi qu'il en soit, nous obtenons un accord de principe des parents pour poursuivre les entretiens.
Le lendemain, nous recevons un appel alarmant de la part du PMS rattaché à l'école du garçon ; ses nombreuses absences renforcent un retard de langage et des difficultés de sociabilité. Les professionnels scolaires livrent leur peur de déclencher une colère paternelle en abordant directement ces points avec les parents.

Dégageons les éléments essentiels. Evaluer et poser des actes. Une intervention paraît légitime devant la situation préoccupante des enfants, enfants que nous devrons rencontrer individuellement et en fratrie. Dans un canevas général, on déploie nos ressources en réalisant une évaluation large incluant volets psychosocial, psychiatrique, pédiatrique et juridique. L'examen somatique, par exemple, au-delà du diagnostic, participe à la reconstruction du sentiment de valeur de l'enfant à partir d'une réhumanisation du corps qui a été bafoué[16].
Si, maintenant, on se penche sur l'axe relationnel, ces parents sont certainement attachés à leurs enfants, mais la qualité de cet attachement, au sens de John Bowlby et de ses successeurs, pose question[17]. Les éléments recueillis laissent penser qu'il y a défaut dans la construction d'un attachement « sûr et sécurisant », traduit, entre autres, par le comportement adopté par Nicolas, en famille, à l'école, en entretien. Un auteur comme Hubert Montagner[18], qui a largement décrit les « compétences sociales » du jeune enfant, attire l'attention sur les interactions non ajustées, les incompréhensions mutuelles qui peuvent déboucher sur le rejet et la maltraitance.
Pour les cliniciens que nous sommes, toute rencontre individuelle avec l'enfant vise à déceler, sans intruser, des manifestations parfois très discrètes de souffrance et de comprendre avec lui ce qui la sous-tend, après l'avoir entendue, reconnue.

Certains auteurs proposent des échelles de gravité liées aux faits, en rappelant que l'appréciation d'une réalité traumatique est affaire de contexte. Mais la souffrance n'est pas corollaire au degré de gravité de l'atteinte physique et/ou psychique. Et on ne pourra jamais évaluer la souffrance comme telle car elle appartient au registre de la subjectivité de chacun.
On sait, par contre, estimer les comportements qu'elle génère et des grilles existent à cet égard[19],[20].
Soulignons aussi que l'absence de symptôme n'est pas synonyme d'absence de
souffrance et que présence de symptômes parfois florides est en soi un appel à l'autre et tentative de lutte contre la dépression et les pulsions de mort.

Reconnaître la souffrance, oui … mais sans éviter l'interrogation de l'existence ou non d'un contexte de maltraitance ! Au-delà des circonstances où cette hypothèse est à l'évidence confirmée, par les faits ou les allégations croisées, il demeure délicat de définir un environnement socio-familial de ce terme, au risque de la stigmatisation, de la fixation[21],[22],[23].

A la suite de Caroline Eliatcheff[24],[25], on peut retenir que la maltraitance est l'expression d'une violence qui interfère sur le développement physique et psychique de l'enfant. La violence peut être définie comme un acte porté à l'autre avec intention, perçue ou non, de provoquer une souffrance.

---

[16] Hayez J.Y., de Becker E. L'enfant victime d'abus sexuel et sa famille : évaluation et traitement. PUF, France, 1997.
[17] Gabel M., Lebovici S., Mazet Ph. Maltraitance : maintien du lien ? Fleurus, France, 1995.
[18] Montagner H. L'attachement, les débuts de la tendresse. Odile Jacob, 1988.
[19] Alfoldi F. L'évaluation en protection de l'enfance. Dunod, France, 1999.
[20] Lamour M., Baracco M. Souffrances autour du berceau. Gaëtan Morin, Europe, 1998.
[21] Coken – Salmon D. Principes de bientraitance et prévention des violences inutiles dans les situations de soins. In Gabel M., Jesu F., Manciaux M. (dir) Maltraitances institutionnelles. p. 195-211. Fleurus, Paris, 1998.
[22] Mignot C. Les soins au risque de la bientraitance ? In Gabel M., Jesu F., Manciaux M. (dir) Maltraitances institutionnelles. p. 229-235. Fleurus, Paris, 1998.
[23] Parret C., Iguenane J. Accompagner l'enfant maltraité et sa famille. Dunod, Paris 2001.
[24] Eliacheff C. Vies privées. O. Jacob, France, 1997.
[25] Eliacheff C. La violence des coups, la douceur des mots. Entretien vidéofilmé dans le cadre de la série « Parole donnée » Anthea, France, 1995.

Mais, dans de nombreuses situations, il ne sera guère simple de trancher ; on sera plutôt invité à créer un lien thérapeutique dans la perspective d'un travail de prévention de type « secondaire » ou « tertiaire ».
Nous reprendrons alors à notre compte les questions toujours ouvertes de Jacques Miermont[26] : « Où finit l'éducation, où commence la maltraitance ? Où finit l'amour, où commence l'abus ? Où finit la liberté, où commence la négligence ? Où finit l'expérience maturante, où commence l'expérimentation meurtrissante ? ».

On sait que tout acte thérapeutique s'appuie sur son cadre référentiel. Sur un plan étiopathogénique, différents modèles explicatifs de la maltraitance existent, incluant des variables parentales, infantiles, sociales, historiques et culturels[27],[28],[29].
Sociologiquement, les faits de maltraitance se comprennent d'abord en termes de causalité linéaire[30] ; il existe un individu qui abuse de son pouvoir, de sa place et un autre qui se trouve en position de faiblesse et de dépendance.

Cette lecture, qui répond davantage à une logique judiciaire, appelle des réponses immédiates en termes de protection de la victime et de sanction du responsable, avec cette incontournable question de la séparation entre enfant victime et adulte(s) agresseur(s), et du maintien du lien. Un auteur comme Maurice Berger[31],[32] a donné des repères cliniques pour envisager des séparations à but thérapeutique.
Si ce premier mode de compréhension est indispensable, il apparaît bien vite insuffisant en ce qu'il risque de figer les sujets dans leurs actes ; un pas plus loin consiste donc à interroger l'environnement relationnel et générationnel dans lequel s'inscrivent les faits constatés et les protagonistes impliqués.

Concrètement, sur le terrain, comment faire ?
Dans la finalité d'une démarche sociale concrète, il est utile de savoir que des chercheurs en intelligence artificielle ont mis au point des outils performants comme des systèmes d'aide à la décision, de soutien à la pratique professionnelle. Ces systèmes, basés sur des ensembles complexes d'items et de critères, raisonnent comme des réseaux de neurones pour assister l'intervenant dès la réception d'un signalement et l'aider, par exemple, dans la décision de maintenir ou non un enfant dans son milieu de vie. Il existe aussi des tests de dépistage et de compréhension du vécu des enfants maltraités[33],[34].
Dans nos contrées, nous misons essentiellement sur l'entretien clinique, multiple et varié, à l'adresse des enfants, des adultes, de l'entourage familial et social.

---

[26] Miermont J. Faut-il maltraiter la maltraitance ? In Gabel M., Lebovici S., Mazet P. (dir) Maltraitance : répétition, évaluation. p. 55. Fleurus, Paris, 1996.
[27] Gabel M., Lebovici S., Mazet Ph. Maltraitance : maintien du lien ? Fleurus, France, 1995.
[28] Lemay M. J'ai mal à ma mère. Fleurus, France, 1979.
[29] Manciaux M., Gabel M. Enfances en danger. Fleurus, France, 1997.
[30] Tomkiewicz S., Vivet P. Aimer mal, châtier bien. Seuil, Paris, 1991.
[31] Berger M. Les séparations à but thérapeutique. France, Privat, 1992.
[32] Berger M. Les jalons d'évaluation de l'hôpital Bellevue pour les situations de défaillance parentale. In Dialogue, n° 152, 2001.
[33] Gabel M., Durning P. Evaluation des maltraitances. Fleurus, France, 2002.
[34] Manciaux M., Gabel M. Enfances en danger. Fleurus, France, 1997.

Dans nombre de cas, l'éclairage apporté par ces premières rencontres permet d'évaluer les dommages, les risques, les ressources et de définir le cadre d'intervention.
Ce n'est pas tout ! Les éléments des entretiens, menés par la dyade de référence, sont ramenés en réunion d'équipe. Lieu d'échange, d'éclairage, de confrontation entre les différentes disciplines, il est le temps de la réflexion, et de l'élaboration des mesures d'aide et de soins à proposer.
Cette façon de procéder détermine une nécessaire fonction tiers là où l'émotion, le parti pris, la loyauté à la cause des enfants ou l'idéologie du lien pourraient faire apparaître une autre forme d'inadéquation ; celle de la maltraitance de la part des intervenants[35], [36], [37] !

Revenons à la vignette clinique...
Après les entretiens avec chaque enfant, chaque parent, des rencontres de fratrie, de couple, de famille ainsi qu'avec la mère de Madame et cette dernière, et après avoir reçu des appels téléphoniques de plusieurs intervenants de première ligne, il nous faut mettre un terme au bilan et lui donner un sens en proposant des axes thérapeutiques.
Nous avons estimé que cette famille, par son fonctionnement, les personnalités en présence, générait des risques quant au développement des deux enfants. Nous leur avons donné l'essentiel de nos conclusions en pointant l'utilité de mobiliser, de réveiller leurs ressources dans un accompagnement thérapeutique, en ambulatoire.

Mais dans quel cadre de travail poursuivre ?
Bien souvent, pour aborder le contenu de la vie émotionnelle et relationnelle des individus, quand il s'agit de questions de maltraitance et de défaillances de la fonction paternelle, on ne peut le réaliser que si le contenant de ce travail est assuré par une autre instance, représentant une autorité morale, symbolique et réelle.

Dans notre contexte, qui dit cadre de travail pense montages[38] entre structures complémentaires, indépendantes, non rivales que sont notamment SOS, SAJ, TJ. Nous avons utilisé sciemment le terme de montages car il s'agit à chaque fois de créations originales. Précisons aussi qu'ils peuvent plus rapidement se constituer, parfois dès le premier contact.
En Belgique, les dix années qui viennent de s'écouler confirment d'une part l'intérêt de développer des passerelles entre services oeuvrant dans le même objectif général mais aux moyens, aux modalités, aux finalités spécifiques et, d'autre part, de différencier ces structures regroupées par le décret 1998, sous l'appellation « instances compétentes », ainsi que de distinguer ce qui est du ressort de l'aide et du soin de ce qui appartient à la sphère judiciaire.

Dans la situation clinique présentée, il s'est avéré pertinent de travailler conjointement SOS-SAJ en organisant, entre autres, des tables-rondes régulières, une structure s'appuyant sur l'autre et réciproquement, dans des places clairement définies. La collaboration a duré un an, année durant

---

[35] Jesu F. Des maltraitances à la bientraitance institutionnelle ? In Gabel M., Jesu F., Manciaux M. (dir) Maltraitances institutionnelles. p. 285-303. Fleurus, Paris, 1998.
[36] Mignot C. Les soins au risque de la bientraitance ? In Gabel M., Jesu F., Manciaux M. (dir) Maltraitances institutionnelles. p. 229-235. Fleurus, Paris, 1998.
[37] Tomkiewicz S. Violences dans les institutions pour enfants, à l'école et à l'hôpital. In Gabel M., Manciaux M. (dir) Enfances en danger. p. 309-369. Fleurus, Paris, 1997.
[38] de Becker E., Cabillau E., Hayez J.Y. Modèles d'intervention socio-thérapeutiques dans les situations d'abus sexuels sur mineurs d'âges. Thérapie Familiale, Genève, vol. 21, n° 3, pp. 305-321, 2000.

laquelle les enfants ont bénéficié d'un apaisement familial, d'une ouverture vers le monde extérieur (scolaire, médical, notamment), et d'une aide dans leurs difficultés spécifiques. Jusqu'au jour où la dynamique de couple a fait basculer le fragile équilibre de la famille et a conduit à devoir faire entrer en scène un autre acteur, en l'occurrence, le Juge de la Jeunesse.
Quand j'évoque les trois partenaires SOS, SAJ et TJ, il ne faut pas en déduire que les autres ressources professionnelles du réseau ne sont pas concernées. Chaque situation demande une composition unique, assemblant diverses structures d'accompagnement, comme les différents professionnels de l'école, le médecin de famille, les TMS, les intervenants d'un service de santé mentale, composition évoluant dans le temps, au rythme de l'histoire et des événements de vie d'une famille. Il va sans dire que l'apport du juriste est, ici encore, précieux pour éclairer et accompagner.

Qu'en est-il maintenant des aspects psychopathologiques ? Nous étions, ici, en présence d'un homme à la structure psychotique, au potentiel franc de violence et d'une femme ambivalente dans ses choix, redoutant ce qu'elle désire.
L'expérience montre qu'il n'est pas rare que les parents que nous rencontrons présentent des fragilités d'ordre psychologique constituées ou transitoires, cause ou non, conséquence ou non de maltraitance ; les fragilités peuvent aussi prendre des colorations psychiatriques mettant en péril leur propre personne et/ou leur entourage.
Et les mineurs d'âge ?
Cliniquement, à côté des conséquences traumatiques liées à l'acte qui conduisent aux blessures du corps, à la traumatisation du Moi, on relève des risques de dépersonnalisation, d'aliénation.

Certainement dans les contextes d'abus intrafamiliaux, mais potentiellement dans toute forme d'agression, les dommages causés peuvent induire des troubles d'identité avec manque d'estime de soi, des perturbations de l'humeur, de l'angoisse, des problèmes divers de sociabilité.

On doit aussi considérer les jeunes perdus dans leurs repères, débordés par la surexcitation pulsionnelle et/ou entraînés dans la perversion qui tombent dans la compulsion répétitive de l'agression.
Les perturbations psychologiques liées à la maltraitance existent bel et bien mais, heureusement, ne concernent pas tous les mineurs, loin de là[39],[40],[41] ! Ceux qui possèdent
une bonne capacité de résilience et bénéficient d'un entourage socio-familial adéquat et empathique parviennent à traverser les événements traumatiques.

[39] Hayez J.Y., de Becker E. L'enfant victime d'abus sexuel et sa famille : évaluation et traitement. PUF, France, 1997.
[40] Parret C., Iguenane J. Accompagner l'enfant maltraité et sa famille. Dunod, Paris 2001.
[41] Young J.G., Chiland C. Cultiver et guérir la violence chez les enfants : proposition de méthodes. In Chiland C., Young J.G. (dir) Les enfants et la violence. p. 17-28. PUF, Paris, 1997.

A l'évaluation succède le temps thérapeutique ou plutôt les temps thérapeutiques en fonction des approches, des références retenues par les intervenants, du degré d'implication et du rythme des personnes concernées par le processus.
Cela prend la forme de guidance psychosociale, d'entretiens de soutien, de rencontres de couple, de famille, de groupe, de concertation entre intervenants (thérapie de réseau), de formats divers d'entretiens thérapeutiques ; plusieurs pistes donc qui participent à renforcer la résilience des sujets, notion développée entre autres par Rutter[42] ou Cyrulnik[43].
L'épistémologie systémique[44],[45] illustre bien l'idée générale du traitement quand elle décrit l'existence de deux types de changement. Le premier consiste à croire que la logique prévaut et que, pour résoudre un problème, il suffit d'amplifier son contraire. C'est l'objet premier de nos missions : mettre fin à la maltraitance, en agissant et ce, de différentes manières.
Cependant, il semble que cette logique ait ses limites, ce qui nous amène à considérer l'autre type de changement en provoquant un saut de logique. Plutôt que de se centrer sur les causes du problème, aux « pourquoi », on s'occupe des effets et du « comment ». Si le premier type de changement affecte les faits, le second type envisage le processus, les fonctionnements, les valeurs du système.

Évaluer, aider, soigner… et comprendre ? ! Avec le temps, l'expérience, notre travail s'est forgé des bases théorico-cliniques consistantes qui lui donnent sens et perspectives.
Ainsi, quand on a à mettre fin à la maltraitance en établissant des bilans devant des allégations, un raisonnement traditionnel est de pencher pour une version contre l'autre.
Ce raisonnement basé sur le principe du tiers exclu conduit à devoir trancher entre la version réelle d'un abus et sa version métaphorique.

Selon les situations, nous pensons intéressant de sortir de la dualité des certitudes incompatibles entre elles (c'est vrai – c'est faux) et de promouvoir de nouvelles formes d'interactions, de communication. Un peu plus loin, nous rejoignons Martine Lamour[46],[47]
quand elle dit que ce n'est pas tant l'éventuel profil psychopathologique des individus qui pose problème que l'interaction entre les partenaires engagés dans une « spirale transactionnelle néfaste ». Il n'y a donc pas, au point de départ, dans l'absolu, de bons ou de mauvais parents, de bons ou de mauvais enfants, mais bien une adaptation mutuelle qui peut devenir problématique. Comme toujours, les exceptions confirment les règles !

---

[42] Rutter M. Psychosocial resilience and protective mechanisms. In : Rolf J., Masten A.S. Risk and protective factors in the development of psychopathology. New-York, Cambridge University Press, 1992.
[43] Cyrulnik B. Un merveilleux malheur. Odile Jacob, Paris, 1999.
[44] Cirillo S., Di Blasio P. La famille maltraitante. ESF, Paris, 1992.
[45] Seron C., Denis C. Miser sur les compétences parentales : une préoccupation récente et très controversée. In : Seron C. (dir) La présomption de compétences parentales. P. 3-17, Editions Jeunesse et Droit, Liège, 2002.
[46] Lamour M. Perturbations des relations parents-nourrissons – intervenants : de l'interaction à la répétition. In Gabel M., Lebovici S., Mazet P. (dir) Maltraitance : répétition, évaluation. p. 155-172. Fleurus, Paris, 1996.
[47] Lamour M., Baracco M. Souffrances autour du berceau. Gaëtan Morin, Europe, 1998.

De plus, le registre des interactions comportementales doit se compléter des composantes émotionnelles et fantasmatiques. Comportements, émotions, fantasmes des uns influencent ceux des autres et réciproquement. Il est devenu classique d'interroger le statut de l'enfant dans les fantasmes parentaux (est-il le « bon objet » qui répare le parent ou le « mauvais objet » qui le persécute ?), ainsi que rencontrer l'éventuel « enfant blessé » au cœur du parent[48].Progressivement, on devrait alors sortir du dilemme entre deux courants de pensée, celui du maintien absolu du lien, idéologie du progrès des années 70 et les placements-séparations curatifs argumentés entre autres par Pierre Straus[49]. Tomkiewicz[50], quant à lui, estime qu'il est difficile de soigner un enfant contre ses parents, même si ceux-ci sont maltraitants et qu'il y a une énorme différence entre le fait que tous les enfants aiment leurs parents et leur désir d'être aimés par eux.

Sans tomber dans une idéologie familialiste et actant l'existence de haine et de perversité à l'égard des enfants, nous centrons le questionnement sur le lien mais aussi sur les conditions d'une possibilité d'existence épanouie pour l'enfant. Par ailleurs, interroger les mandats de l'histoire familiale que l'on porte complète l'observation du réel social dans ses diverses dimensions[51]. L'espace et la fonction thérapeutique que nous représentons construisent ce tiers qui devrait garantir qu'il n'y ait plus contradiction entre filiation et autonomie et permettre le passage d'un registre imaginaire à un registre symbolique.

On a évoqué la question de l'évaluation au cours du travail ; il y a aussi l'évaluation du travail réalisé par SOS.
Pour ma part, l'évaluation est en soi ce que j'appelle une « nécessité dangereuse ».
Marceline Gabel et Paul Durning[52] ont maintes fois souligné l'importance d'évaluer les processus dans la durée dont le devenir des enfants maltraités et leur famille. Qu'il s'agisse d'interventions préventives ou réparatrices, les approches proposées sont souvent de type strictement épidémiologiques. Ces auteurs dénoncent combien une idée répandue consiste à considérer que les échelles et les tests sont inutiles et qu'il faut s'en remettre exclusivement au sens clinique des intervenants. Soit ! Mais, s'il s'avère nécessaire de se pencher sur l'impact du programme SOS Enfants, ne négligeons surtout pas le questionnement au niveau des bénéficiaires de l'aide et des soins : que sont devenus ces enfants, ces familles, ces intervenants ? Que pensent-ils avoir trouvé ou non lors de nos interventions et entretiens ?

---

[48] Gabel M., Lebovici S., Mazet Ph. Maltraitance psychologique. Fleurus, France, 1996.
[49] Straus P., Manciaux M. L'enfant maltraité. Fleurus, France, 1992.
[50] Tomkiewicz S., Vivet P. Aimer mal, châtier bien. Seuil, Paris, 1991.
[51] Seron C., Denis C. Miser sur les compétences parentales : une préoccupation récente et très controversée. In : Seron C. (dir) La présomption de compétences parentales. P. 3-17, Editions Jeunesse et Droit, Liège, 2002.
[52] Gabel M., Durning P. Evaluation des maltraitances. Fleurus, France, 2002.

Et ne nous leurrons pas, toute évaluation en sciences humaines est frustrante et dangereuse car on peut difficilement évaluer ce qu'on ne peut observer. Christophe Dejours[53] nous a dit qu'il en va du travail en santé mentale comme de l'inconscient car l'essentiel de l'objet de nos actions n'appartient pas au visible. Tout comme on ne peut évaluer une souffrance, on ne peut quantifier la valeur d'un entretien thérapeutique ni garantir pleinement le bienfait d'une séparation parent-enfant ou la non récidive de la maltraitance. Travailler avec l'humain, c'est accepter l'aléatoire d'une expérience affective, c'est continuellement créer en s'adaptant, en affinant, en faisant face au Réel tout en compensant les insuffisances du social et du prescrit.

Cette histoire est loin d'être terminée. Il nous manque de développer des réflexions théoriques autour de concepts comme, par exemple, l'aliénation parentale, les formes du Münchausen, et de pratiques comme les diverses formes de thérapies de groupe ; il nous
manque aussi des synergies avec d'autres spécialistes comme ceux qui assurent la prise en charge des agresseurs ou encore avec les professionnels de l'appareil judiciaire ; il nous faut également poursuivre notre questionnement sur ce qu'est l'intérêt de l'enfant ; toutes ces pistes dont l'avenir nous révèlera la nécessité.
Pour autant, comme l'ont rappelé de nombreux auteurs et cliniciens, que la pertinence de l'outil demeure. Cela repose sur l'assurance de la consolidation de l'outil tel qu'il est présenté, et sur l'indépendance de ses cliniciens par rapport aux autres structures du réseau. Envisager une amputation de la pluridisciplinarité ou la réduire à de la sous-traitance reviendrait à maltraiter l'outil et, in fine, les enfants et leur famille.

[53] Dejours C. Conférence sur le thème de « l'évaluation du travail en Santé mentale » organisée par l'APSY – UCL, Louvain-La-Neuve, 11/10/2002.