

CARNET DE NOTES SUR LES MALTRAITANCES INFANTILES

TRAVAILLER EN PÉRINATALITÉ

N°10 - Printemps 2021



CARNET DE NOTES SUR LES MALTRAITANCES INFANTILES

TRAVAILLER EN PÉRINATALITÉ

ONT COLLABORÉ À CE NUMÉRO

Gilles Cornelis
Françoise Dubois
Stéphanie Garbar
Deniz Koçak
Marie Lambert
Sophia Mesbahi
Virginie Plennevaux
Coralie Theys

COMITÉ ÉDITORIAL

Maité Beague
Quentin Bullens
Aurore Dachy
Marie Lambert
Jessica Segers

SECRÉTARIAT ADMINISTRATIF

Christine Carrion
Dominique Jungers

CONTACT

Service SOS Enfants

Tél. :
02 542 14 10

Courriel :
sos-enfants@one.be

Site :
<http://www.one.be>

SOMMAIRE

ÉDITO	4
--------------------	----------

ARTICLES

Carnet clinique

PENSER LE SOIN PSYCHIQUE DÈS LA GROSSESSE DANS LES SITUATIONS À RISQUE DE MALTRAITANCE : L'ARTICULATION MÉDICO-PSYCHO-SOCIALE COMME BASE DE PORTAGE	6
<i>Par V. Plennevaux et S. Garbar, fondatrices du projet « Petites Bulles » / Soutien à l'émergence du lien parents/bébé dès la grossesse dans des situations d'extrême vulnérabilité (SOS-Enfants Charleroi).</i>	

Carnet de recherche

QUE NOUS APPREND LE VÉCU DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES SUR LES COMPOSANTES DE LEUR INTERVENTION DANS LES SITUATIONS DE SUSPICION DE MALTRAITANCE INFANTILE NON URGENTES ?	24
<i>Par Gilles Cornelis, Coralie Theys</i>	

VIGNETTE CLINIQUE

QUELLE CONTINUITÉ ENTRE LE TRAVAIL EN CONSULTATION PRÉNATALE ET EN CONSULTATION POUR ENFANTS ? LE RECIT D'UN ACCOMPAGNEMENT, PAS A PAS AU SEIN DU CHU SAINT-PIERRE DE BRUXELLES	48
<i>Par Deniz Koçak, ancienne PEP's ONE au CHU Saint-Pierre de Bruxelles, en collaboration avec Françoise Dubois, Référente maltraitance ONE à Bruxelles.</i>	

INCITATIONS À... ..	57
----------------------------	-----------

RECOMMANDATIONS AUX AUTEURS	59
--	-----------

ÉDITO

Difficile de prendre la plume sans ancrer cet édito dans le contexte actuel de la crise sanitaire liée au Covid 19. Les articles ont certes été écrits avant cette période. Ils résonnent cependant de façon toute particulière aujourd'hui, puisque nous savons à quel point les équipes du champ psychomédicosocial ont été bousculées dans leurs pratiques.

Au-delà des impacts directs sur les enfants et les familles, la crise a poussé les professionnels à être particulièrement créatifs, de manière à répondre au mieux aux besoins de la population à laquelle ils s'adressent. Il a fallu trouver un équilibre dans cette tension entre le souhait et la nécessité d'apporter une continuité dans l'accompagnement des familles d'une part, et la préoccupation sanitaire d'autre part.

On sait par ailleurs que la première vague et le confinement qui lui est associé ont fragilisé le travail en réseau. En effet, les équipes et professionnels ont dû mobiliser et recentrer leur énergie pour adapter au mieux leurs modalités d'accompagnement des enfants et des familles. Les échanges entre professionnels de différents services ont également dû se réinventer, non sans peine. Or, on sait à quel point ces échanges et ces collaborations, entre professionnels de secteurs

parfois différents, sont essentiels en termes d'accessibilité aux services et aux soins mais aussi afin de détecter les situations de maltraitance.

Ce carnet ne donnera pas d'éléments concrets sur la manière dont les professionnels que nous évoquons ont poursuivi leur travail, mais nous ne pouvons que souligner l'effort consenti par tous les professionnels rattachés ou non à une équipe d'aide et de soins, pour poursuivre leurs missions, envers et contre tout.

Les articles présentés ci-après mettent notamment en lumière les éléments essentiels à l'accompagnement de la parentalité en période prénatale, le rôle des médecins généralistes dans le repérage des situations de maltraitance, et enfin, le travail crucial des PEP's (partenaires enfants parents, anciennement dénommées TMS) de l'Office de la Naissance et de l'Enfance.

Pour entamer ce numéro consacré à la périnatalité, l'article « Penser le soin psychique dès la grossesse dans les situations à risque de maltraitance : l'articulation médico-psycho-sociale comme base de portage dans l'établissement du lien parents bébé » nous présente un dispositif d'accompagnement, dès la grossesse, par un « trépied

psycho-médico-social » des tout premiers pas du bébé et de ses parents et plus précisément, de l'établissement du lien entre le bébé et sa mère. L'article aborde la nécessité du maillage autour des familles et présente l'intérêt de ce dispositif en termes de contenance apportée à mère. Il pointe également la nécessaire observation fine du bébé, l'attention à chacun des signes qu'il donne à voir, ainsi que la priorité que constitue l'investissement dans le soin psychique précoce et le soin à la parentalité traumatique.

La vignette clinique « Quelle continuité entre le travail en consultation prénatale et en consultation pour enfants ? » nous plonge au cœur du travail des PEP's de l'Office de la Naissance et de l'Enfance. À travers le récit d'accompagnement d'une (future) mère pendant la grossesse et après la naissance, est évoquée l'articulation entre l'équipe prénatale et l'équipe de consultation, la capacité à soutenir le transfert du lien entre ces deux équipes, en ajustant l'offre d'accompagnement à la singularité de chaque situation. Le texte pointe tout particulièrement les compétences incontournables de la fonction : la disponibilité et la qualité de présence et d'écoute.

Ce numéro met aussi à l'honneur le lauréat du 1er prix du CNMI, Gilles Cornelis, médecin, qui a réalisé une étude originale sur le vécu des médecins face aux situations de maltraitance infantile. COVID oblige, le prix lui a été remis lors d'une visioconférence le 4 juin dernier, suivie par nombreux specta-

teurs en live. Nous avons le plaisir de présenter ci-après son article, co-écrit avec Coralie Theys : « Que nous apprend le vécu des médecins généralistes sur les composantes de leur intervention dans les situations de suspicion de maltraitance infantile non urgentes ? ». Le choix méthodologique (méthode par théorisation ancrée) a permis de mettre en lumière le cheminement intérieur de médecins généralistes confrontés à une suspicion de maltraitance. L'article nous donne l'occasion de souligner le rôle essentiel du médecin généraliste, acteur-clé de première ligne dans la détection des situations de maltraitance. La crise sanitaire les a vus particulièrement sollicités ; elle nous rappelle la diversité et la complexité des situations auxquelles ces médecins sont confrontés, ainsi que la difficulté de détecter et d'orienter au mieux les situations préoccupantes, en privilégiant le transfert relationnel. L'article pointe par ailleurs le soutien et les formations dont ont besoin les médecins généralistes sur différents aspects : la connaissance des réseaux et partenariats, les informations relatives aux services d'aide spécialisée, ou encore, les signaux d'alerte des situations de maltraitance infantile. On retiendra également de ce texte l'importance de la qualité du lien thérapeutique entre le médecin généraliste et ses patients.

Bonne lecture.

Marie Lambert

Responsable de projets au CRéSaM

CARNET CLINIQUE

PENSER LE SOIN PSYCHIQUE DÈS LA GROSSESSE DANS LES SITUATIONS À RISQUE DE MALTRAITANCE : L'ARTICULATION MÉDICO-PSYCHO-SOCIALE COMME BASE DE PORTAGE DANS L'ÉTABLISSEMENT DU LIEN PARENTS BÉBÉ

V. Plennevaux et S. Garbar, fondatrices du projet « Petites Bulles » / Soutien à l'émergence du lien parents-bébé dès la grossesse dans des situations d'extrême vulnérabilité (SOS-Enfants Charleroi).

Résumé

Cet article a pour objectif d'illustrer l'intérêt d'une prise en charge précoce du lien parents-bébé dans les situations à très haut risque de maltraitance afin de tendre à une diminution de l'impact sur le développement du bébé. Notre cadre d'intervention est réfléchi comme un trépied d'intervention entre les fonctions de psychologue/travailleur social/pédiatre, avec l'appui d'un psychomotricien postnatal. Le modèle est pensé comme un portage de la relation, tant dans ses aspects psychiques que physiques. Les axes thérapeutiques

sont donc clairement identifiés à la croisée du médical, des croyances systémiques familiales et relationnelles, ainsi que des théories analytiques et psychomotrices du développement subjectif et inter-subjectif du nouveau-né. L'article s'attelle à déployer ces enjeux dans les interventions réalisées depuis plus de six ans par l'équipe Petites Bulles, projet particulier de l'équipe SOS Enfants de Charleroi (APEP). Il conclut sur l'intérêt de penser de manière concertée la clinique de la périnatalité et de celle de la maltraitance.

Summary

The aim of this article is to illustrate the value of an early intervention on the parent-baby bond in situations of high risk of abuse in order to reduce the impact on the baby's development. Our intervention framework is designed as a tripod between the functions of psychologist / social worker / pediatrician, with the additional support of a postnatal psychomotor therapist. The model aims to portray this relationship, both in its psychic and physical aspects. The therapeutic axes are thus clearly identified at the crossroads of

medical, systemic family and relational beliefs, as well as analytical and psychomotor theories of the subjective and inter-subjective development of the newborn. The article endeavors to expand on these issues in reference to the interventions carried out for more than six years by Petites Bulles, a specific project/team of the Equipe SOS Enfants of Charleroi (APEP). It concludes that it is of interest to think in a concerted manner and from a medical perspective about how to address perinatality and child abuse.

INTRODUCTION

Dans notre pratique de plus de 15 ans en équipe SOS Enfants¹, nous faisons le constat qu'en amont des situations de maltraitance intra-familiale, les liens d'attachement parents-enfants sont fragilisés, et insécures et ce parfois sur plusieurs générations. Ce constat nous a amené à penser qu'une prise en charge précoce pluridisciplinaire favorise la construction de ces liens d'attachement, et devrait réduire leurs impacts sur le développement de l'enfant, ainsi que de nombreuses pathologies lourdes de l'enfance, de l'adolescence et de l'âge adulte.

Par ailleurs, les neurosciences découvrent l'impact des traumatismes psychiques sur la neurobiologie cérébrale², sur les schémas comportementaux, sur le traitement de l'information, sur l'empathie, mais également sur les réactions sensori-motrices, entre autres.

Petites Bulles a comme public cible des familles où la parentalité est en souffrance et ce en lien avec un contexte social précaire, la pauvreté du réseau familial, de leurs ressources, de leurs propres histoires de vie, ou avec les traumatismes transgénérationnels.

Au regard de nos missions fixées par le décret³, nous avons défini nos critères d'intervention aux situations

familiales à risque, dont la ou les problématiques ont un impact sur la parentalité. Nos critères d'intervention sont donc : la dépression maternelle sévère, une problématique de dépendance(s) dans le chef d'un des deux parents (ou les deux), les violences conjugales, le ou les parent(s) souffrant de fragilités psychiques, le déni de grossesse, les antécédents de maltraitance ou de placement dans la fratrie ou chez un parent, ainsi que toute autre situation où le lien parents-bébé pourrait être altéré. Les parents faisant partie du projet Petites Bulles cumulent régulièrement plusieurs de ces critères. Ils ont fait l'expérience d'images parentales défaillantes (violences, négligences sévères, abandon, placement, ...). L'arrivée d'un bébé réactive ces traumatismes et ces manques, ce qui fragilise les ressources nécessaires aux ajustements psychiques et relationnels indispensables à la parentalité.

A l'ombre des phénomènes de résonance, de répétition, de structure psychique et de l'intersubjectivité, nous observons que l'histoire traumatique des parents peut impacter le développement psychique et relationnel du nourrisson, et ce dès la grossesse. Dans ce contexte, nous faisons l'hypothèse que l'intervention précoce ainsi que le modèle

1 Les équipes SOS Enfants ont pour mission le diagnostic, le traitement et la prise en charge de situations de (suspensions) de maltraitance infantile sur le territoire de la Belgique francophone.

2 Voir à ce propos : Gombay, K. Université McGill (<http://WWW.mcgill.ca/newsroom/channels/news/Child-abuse-affects-brain-writing-270024>). 2017

3 Décret du ministère de la Communauté française du 12/05/2004 relatif à l'Aide aux Enfants victimes de maltraitance, M.B., 14/06/2004.



de la co-intervention pluridisciplinaire offrent un étayage fiable sur lequel les parents peuvent s'appuyer. Cette expérience fonctionne comme un portage psychique et physique de la mère ou du couple parental et leur permet ainsi de trouver des ressources pour limiter l'impact des traumatismes intergénérationnels sur leur bébé et sur leur parentalité. C'est pourquoi nous postulons que notre travail se définit plus comme un axe de soin thérapeutique de la relation parents-bébé, bien au-delà de la prévention.

Le temps de la grossesse amène des remaniements psychiques intenses tant chez la future mère que chez le futur père, dans lesquels

” L'intervention précoce ainsi que le modèle de la co-intervention pluridisciplinaire offrent un étayage fiable sur lequel les parents peuvent s'appuyer ”

ressurgissent les fantômes de leur passé. Durant cette période, l'enjeu est grand, tant sur l'importance de décoder à la fois dans le psychisme, les relations, mais également de comprendre dans le corps du parent ce qui se réactive en situation de stress conscient ou inconscient. Un deuxième enjeu sera, une fois le bébé né de décoder chez lui comment les schémas d'interaction se mettent en place pour lui, ainsi que les moments de dérégulation dans la dyade et les micro traumatismes relationnels. La clinique périnatale nous apprend que l'impact peut être limité, mais qu'il y a une fenêtre d'intervention optimale au niveau du développement psychique du bébé.

« PETITES BULLES » : UN CADRE SPÉCIFIQUE

Notre modèle d'intervention est une prise en charge thérapeutique à domicile, hebdomadaire, en co-intervention travail social/psychologue/pédiatre, soutenue également par un psychomotricien lorsque le bébé est né.

Nous favorisons une intervention le plus tôt possible dans la grossesse, ce qui nécessite une collaboration étroite avec le réseau de Charleroi. En effet, la majorité des situations nous sont orientées par les PEP's⁴, le SAJ (Service de l'Aide

à la jeunesse) ou les services psycho-sociaux de première ligne. Par ailleurs, les équipes SOS Enfant sont agréées et subsidiées par l'ONE (Office de la Naissance et de l'Enfance), nous avons la possibilité d'offrir un accompagnement gratuit des familles jusqu'aux 18 ans de l'enfant. Toutefois, nous limitons le suivi en Petites Bulles aux trois ans de l'enfant, et poursuivons le travail avec les enfants et leur famille dans le cadre de l'Equipe SOS Enfants, qui permet un suivi moins intensif mais garantit malgré tout la continuité du

⁴ Partenaires Enfants-Parents (<https://www.one.be/public/emploi/one-comme-employeur/les-metiers-de-lone/peps/>).

soin si cela est nécessaire dans les objectifs fixés avec la famille.

Au fil des années, nous observons une augmentation croissante du nombre de demandes d'intervention de professionnels inquiets du contexte familial, psychologique ou médical dans lequel le fœtus évolue. Nous avons eu 9 demandes en 2018 et 13 en 2019. Toutefois, l'équipe d'intervention précoce est amenée à limiter le nombre de prises en charge pour continuer de garantir un soin de qualité. Cette augmentation est multifactorielle : augmentation du nombre de signalements de maltraitance au sein de l'équipe d'année en année, meilleures connaissances de l'impact de la violence conjugale in utéro et sur les enfants...

Nous débutons l'ensemble de nos prises en charge par l'analyse de la demande qui comporte quatre entretiens. Lors de cette phase diagnostique, chacune des fonctions rencontre en binôme la famille (AS/psy ; pédiatre/psy). Ce temps d'analyse cadré est déjà en soi la mise en place d'une forme de processus thérapeutique. En outre, le premier entretien est l'occasion pour l'envoyeur de nommer en présence des parents les éléments d'inquiétudes ou les fragilités familiales qui justifient l'intervention d'un service spécialisé dans le soin aux parentalités à risque. De par la nature prénatale de la prise en charge, nous n'intervenons pas sous mandat, mais accordons une importance particulière à ce que notre cadre d'intervention soit clairement identifié auprès des parents comme une évaluation des

besoins de l'enfant à naître.

La phase d'évaluation permet de repérer les ressources de chacun des parents et les fragilités sociales, la possibilité de travailler avec les deux parents, ainsi qu'avec le réseau médical, les traumatismes et le fonctionnement psychique et intersubjectif. Cela permet aussi de travailler dès le début de l'intervention l'histoire familiale et de voir si des leviers thérapeutiques sont possibles. Par ailleurs, cela permet de mesurer l'engagement des parents dans ce processus thérapeutique, leur capacité de se mettre au travail et d'être en lien ou non avec leur bébé. Après cette phase d'évaluation, nous décidons en équipe si le travail avec ces parents peut se poursuivre ou non. En effet, il existe des situations où la protection du bébé est déjà gravement compromise, et où l'absence de reconnaissance des difficultés par les parents entrave la possibilité d'un travail. Cela conduit à une mise en alerte, en concertation avec les parents dans la mesure du possible, des services médicaux et sociaux de la maternité afin que la sécurité du bébé soit garantie à sa naissance. Ces interventions proactives avant la naissance sont nécessaires notamment lorsqu'il y a des antécédents de grave maltraitance (pouvant avoir été jusqu'au décès de l'enfant) sur les enfants aînés du couple/d'un des parents, non reconnus par celui-ci, avec des aspects paranoïaques et projectifs sur les intervenants à l'origine des dénonciations de ces faits. De même, les parents donnent



accès à des risques clairement énoncés comme le fait de penser à « étouffer son bébé » à la naissance.

Au moment de la naissance nous intensifions notre prise en charge à deux séances par semaine, afin de soutenir les angoisses des premiers jours, et de s'assurer que le lien se met en place de manière optimale tant pour le bébé que pour ses parents. L'intervention du psychomotricien débute à ce moment-là.

Les intervenants de l'équipe de Petites Bulles sont formés à l'évaluation du développement psychique et moteur du bébé à travers l'utilisation de différents outils (ADBB⁵, CARE Index⁶, observations vidéo,

échelles psychomotrices, ...) et au soutien du lien dans les situations à risque de maltraitance. La clinique du nourrisson demande un engagement intensif et spécifique, ainsi qu'un cadre d'intervention adapté à ce type de prise en charge. En cela, l'utilisation de ces outils est un garant de l'objectivité du regard porté par le professionnel sur le bébé. En effet, ces outils d'observation permettent d'être en contact avec les affects de bien-être ou de souffrance du petit. Ils sont donc des garants que l'équilibre capacités parentales/besoins du bébé soit suffisamment bon.

LES TRANSMISSIONS INTERGÉNÉRATIONNELLES DES TROUBLES DE LA PARENTALITÉ

La clinique de la maltraitance nous confronte à la difficulté des parents d'assurer la protection de leurs enfants quand eux-mêmes ne l'ont pas expérimentée dans leur propre histoire. Par ailleurs, grâce aux neurosciences, nous savons à présent comment la construction des modèles internes opérants influence la répétition des traumatismes dans la mise en place des liens précoces⁷. Les relations carencielles, destructrices ou défaillantes que le(s) parent(s) a (ont) expérimenté amènent une déformation du filtre à travers lequel il(s)

regarde(nt) leur monde tant interne qu'externe, et donc également le monde intrapsychique ou relationnel de leur bébé. Bernard Golse explique combien notre manière d'être mère et femme ou père et homme dépend fondamentalement de la manière dont nous avons rencontré, en tant que bébé, le maternel et le féminin, ainsi que le paternel et le masculin, au sein du fonctionnement psychique de chacun des deux parents, dans le cadre des interactions précoces avec eux (Golse, 2004, p. 179).

Les traumatismes, les défaillances parentales ou les carences

- ⁵ *Echelle Alarme de Détresse Bébé. Echelle de détection du retrait relationnel du bébé de 2 mois à deux ans. Développé par A. Guedeney.*
- ⁶ *Outil d'évaluation de la qualité des interactions précoces parents-bébé (jusqu'à 15 mois).*
- ⁷ *Deprez, A. & Wendland, J. (2017). Penser la relation avec les parents pour les bébés placés : le protocole maintien du lien. Cahiers critiques de thérapie familiale et pratique de réseaux, 59.*

amènent la mise en place de mécanismes de défense de type clivage, déni, déconnexion des émotions, amnésies, etc. afin d'éloigner tout ressenti difficile ou toute réactivation d'un trauma antérieur. De ce fait, quand l'enfant renvoie sa propre détresse, le parent réactive ce type de mécanisme de défense. Il est alors dans l'incapacité de s'ajuster et s'accorder à la détresse actuelle de son enfant, car il est submergé par sa propre détresse infantile.

Tout ce qui a pu fragiliser l'état psychique de la mère (deuil, parcours de ruptures et/ou carence affective, antécédents traumatiques, ...) est un facteur de vulnérabilité qui nécessite d'être attentif au risque de dysfonctionnement interactif précoce parents-bébé. De ce fait, chaque intervention qui est réfléchie pour améliorer l'état psychique des parents, leur situation sociale ou médicale est un acte potentiel de prévention et de protection pour les parents et leur bébé.

En outre, le bébé s'inscrit dans deux filiations avec les antécédents générationnels qu'elles comportent. L'arrivée d'un bébé active de manière consciente et inconsciente les conflits familiaux, les secrets de famille, les questions de ses origines. Le passé s'invite dans le présent, comme les trous de son histoire, les deuils niés, clivés, les trauma-

tismes familiaux anciens... Personne ne peut faire sans son histoire, sans ses fondations, qu'elles soient solides ou fragiles (Golse, 2004). Dans notre pratique quotidienne, force est de constater que les vécus de maltraitance dans l'enfance, de carences infantiles se perpétuent souvent, et ce même si le parent carencé souhaite offrir une autre histoire à son petit.

Nous illustrons ce propos par le cas clinique de jumeaux pris en charge dans notre équipe. Les bébés sont âgés de 10 mois lorsque l'un des deux, la petite fille, Juliette, est hospitalisée en pédiatrie. Nous nous étonnons du fait que leur mère reste au domicile avec son jumeau, le petit garçon, Max, confiant sa fille hospitalisée à différentes connaissances, plus ou moins connues du bébé. Grâce aux liens que la mère fait

” Chaque intervention qui est réfléchie pour améliorer l'état psychique des parents, leur situation sociale ou médicale est un acte potentiel de prévention et de protection pour les parents et leur bébé ”

concernant sa propre histoire, nous avons pu comprendre en quoi elle répète l'abandon dont elle a été l'objet quand elle était enfant. Dans les représentations de sa propre mère, les filles sont plus aptes à se débrouiller. Par ailleurs, pour contrer cet abandon dont la mère a été l'objet, celle-ci s'accroche à Max comme à son doudou, dans un collage où il est juste l'objet de réassurance de sa mère, sans aucune individualité propre.





Il en est de même que pour cette maman en couple avec un père alcoolique duquel elle est sous emprise. Le père sera dans un premier temps hospitalisé en psychiatrie. Notre setting de visite à domicile nous permet d'observer certaines compétences qui émergent chez la mère lorsqu'elle est reconnue dans sa parentalité et dans sa capacité à être mère seule. Lorsque le père sort brutalement de l'hôpital, les enfants sont hospitalisés en pédiatrie avec leur mère, pour éviter le placement des enfants

(l'aîné est placé suite à la violence du père). Nous constatons que celle-ci se désorganise complètement lors de cette hospitalisation : elle ne parvient pas à cadrer son second, n'est pas toujours fiable dans les soins au bébé etc., faisant ainsi douter les soignants de sa capacité à être adéquate au niveau éducatif et des soins de base. Nous avons pu comprendre que cette situation renvoie la maman au déniement dont elle a été victime enfant et au discours d'incapable dont elle a été l'objet.

LE BÉBÉ, CE PETIT CLINICIEN

L'observation précoce du bébé (avant deux ans) est une part fondamentale de notre travail. Delassus nomme d'ailleurs le bébé le petit clinicien, c'est-à-dire que l'enfant nous renseigne sur l'état maternel ainsi que sur la qualité du lien. Si cet enfant se développe dans l'écart de normes satisfaisantes, cela veut dire que la mère malgré son état déficitaire, arrive à faire passer l'essentiel (Delassus, 2010, p. 171). L'observation du bébé permet d'éviter au soignant de se tromper quant à la réalité profonde de la relation mère-enfant.

Nathalie Presme confirme cet élément clinique : l'observation du bébé représente la boussole pour envisager l'évaluation et les stratégies thérapeutiques. Il est important

de ne pas se laisser rassurer par le seul discours maternel, pavé de bonnes intentions mais souvent en décalage avec l'observation des interactions et le niveau de développement de l'enfant (Presme, 2012, p. 226).

” L'observation du bébé permet d'éviter au soignant de se tromper quant à la réalité profonde de la relation mère-enfant ”

En cela, les bébés ont une puissante capacité à signifier à celui qui peut les décoder, d'une part leurs signes de souffrance, d'autre part en quoi ces signes s'inscrivent dans l'intersubjectivité et le transgénérationnel. Dans les contextes de précarité sociale majeure dans lesquels sont les familles, le risque est grand, pour les professionnels, de se laisser aspirer par les souffrances des parents, par les problèmes de réalité de logement, de chauffage, d'allocations non perçues, et donc



d'en oublier d'observer le bébé. Comment rester en lien avec les indices du petit, sans oublier les aspects traumatiques infantiles et actuels du parent qu'il faut soigner également ?

Notre cadre d'intervention est une forme d'urgence psychique, médicale et sociale. Elle prend la forme d'une réanimation psychique du lien du bébé avec ses parents. Il est important de penser le bébé et les parents comme une entité complexe, à la fois commune mais aussi dans des spécificités non prédictibles.

Parmi les signes de souffrance du bébé, l'indicateur majeur est le retrait relationnel. Celui-ci est l'indice d'un renoncement plus ou moins grave du bébé dans sa croyance en la capacité ou la disponibilité des adultes à répondre à ses sollicitations.

Un bébé peut déprimer sa mère dit B. Golse. Il peut aussi la rassurer sur le plan narcissique, et lui donner la force de lutter et de sortir de sa dépression ajoute N. Presme, mais il peut aussi, plus ou moins rapidement s'épuiser de lutter pour réanimer sa mère avant de s'effondrer à son tour (Presme, 2012).

L'ADBB (Alarme Détresse Bébé) est utilisé dès les deux mois du bébé pour détecter le retrait relationnel du bébé. Au niveau de nos observations cliniques de la sphère relationnelle, nous relevons peu d'interactions du bébé avec l'adulte, une

forme de repli sur lui-même. Nous sommes interpellés par une expression du visage pauvre chez le bébé, une absence de plaisir dans la relation, voire du stress, une monotonie de la relation, un regard vide, une absence de babillage ou des vocalisations pauvres, des difficultés de porter le bébé, ...

Nous observons également des bébés qui laissent percevoir un trouble du contact : bébé figé, inconsolable ou hyper adapté, qui sourit tout le temps, les bébés qui ne demandent rien. Ce sont des bébés qui subissent les soins/alimentation sans plaisir, et qui peuvent donner l'impression de séduire l'interlocuteur pour l'hypnotiser et tenter d'apaiser l'intervenant par des mécanismes de défense qui éloignent l'intervenant de la détresse du bébé.

L'enjeu est de pouvoir le repérer, et comprendre en quoi ce fonctionnement pathologique permet au bébé de supporter son environnement familial. En grandissant, on peut observer une absence d'exploration de l'espace. S'il n'est pas diagnostiqué et pris en charge le retrait relationnel risque d'évoluer vers une dépression majeure du bébé ou un retrait de type autistique.

Par ailleurs, l'observation de la sphère psychomotrice est fondamentale car le retard psycho-moteur ou des troubles de l'ajustement tonico-moteur sont présents de manière quasi généralisée dans les situations de parentalité trauma-

” Parmi les signes de souffrance du bébé, l'indicateur majeur est le retrait relationnel ”



tique, avec un risque d'habituatation des intervenants aux sous-capacités du bébé. Au niveau corporel, nous allons repérer par exemple des bébés qui n'investissent pas l'entièreté ou une partie de leur corps, qui montrent un rassemblement corporel figé, une raideur corporelle, de l'hypertonie ou hypotonie.

Telle cette petite fille, Manon qui s'arque dans les bras des adultes, hypertendue ce qui suscite tant chez les intervenants que chez la maman le souhait de la prendre le moins possible. C'est un bébé qui par ailleurs évite le regard, ou a le regard fixé sur quelque chose. Elle ne réclame pas, se laisse

oublier, fuyant ainsi un climat conjugal tendu et bruyant.

Selon Mellier, lorsque les bébés ne vont pas bien, ils s'accrochent à un point, comme les alpinistes qui s'accrochent pour ne pas tomber (Mellier, 2008). Ester Bick appelle cela des défenses primitives. Ces défenses sont des modalités que le bébé doit tenir quand rien ne va autour de lui et cela a des conséquences importantes pour le petit. Ce tout-petit ne pouvant mentaliser ce qu'il ressent va développer des modalités corporelles pour se te-

nir, se soutenir et s'agripper, pour maintenir, coûte que coûte, en lui une activité d'être, même si il sent qu'il n'est plus en lien avec d'autres personnes (Mellier, 2008).

Pour cette petite Manon, le travail en psychomotricité est un point d'appui pour appri-

voiser ses défenses de type autistiques, pour favoriser un portage qui soit plus respectueux de ses angoisses, et lui permettre d'expérimenter du plaisir dans le contact avec l'autre. Par ailleurs, une partie du travail est d'aider la maman à décoder les besoins de son bébé et les signaux (ténus) d'appel dans la relation. La crèche est une autre piste pour favoriser la possibilité de rencontrer des adultes

psychiquement plus disponibles que les parents.

Enfin, lors de chaque intervention, nous sommes attentifs aussi aux variations des **états de vigilance** du bébé : éveil/sommeil, trouble de régulation de l'humeur, hypervigilance.

En parallèle à l'observation du bébé, nous sommes attentifs aux **interactions parents-bébé**, aux capacités d'accordage du parent aux signaux du petit, à la qualité du portage, ainsi qu'au respect des

„ Par ailleurs, l'observation de la sphère psychomotrice est fondamentale car le retard psycho-moteur ou des troubles de l'ajustement tonico-moteur sont présents de manière quasi généralisée dans les situations de parentalité traumatique, avec un risque d'habituatation des intervenants aux sous-capacités du bébé „



rythmes du bébé. En effet, c'est de la sensibilité du parent que dépend la capacité de ce dernier à diminuer les situations d'inconfort pour son petit et d'augmenter les situations de plaisir et de bien-être. Cette sensibilité du parent est notamment observée dans sa capacité à s'ajuster aux signaux de son enfant.

Telle cette maman qui, devant nous montre une réaction incohérente entre ce qu'elle voit et ce qu'elle fait. En effet, elle sort le rat de sa cage en nommant le fait que Juliette a peur de l'animal, continue à l'approcher de sa fille alors que cette dernière montre un état de panique évident.

Nos observations des interactions nous indiquent si le parent est trop (plutôt sur un versant de contrôle) ou trop peu connecté à son bébé (sur un versant de mise à distance). Certains bébés doivent souvent faire avec une alternance du tout ou rien, suivi d'alternance d'excitation et d'oubli du bébé, ce qui renvoie à l'enfant combien son environnement est imprévisible et va l'obliger à mettre en place des

stratégies d'adaptation coûteuses psychiquement.

” Lors de chaque intervention, nous sommes attentifs aussi aux variations des états de vigilance du bébé : éveil/sommeil, trouble de régulation de l'humeur, hypervigilance.

En parallèle à l'observation du bébé, nous sommes attentifs aux interactions parents-bébé ”

le parent n'attend pas de réponse.

Il est également important de relever les mouvements projectifs, parfois très violents, sur l'enfant.

Comme cette maman qui nous dit : Tu vois il ne veut pas son biberon, car c'est moi qui l'ai préparé ! Il ne m'aime pas, il me regarde avec des yeux méchants.

” La manière dont les soins corporels et nourriciers sont réalisés nous renseignent beaucoup sur l'histoire du parent ”

signent la difficulté des mères à investir le corps du bébé, ou au contraire l'intrusion dans les soins.

Par ailleurs, toujours au niveau des interactions observées, nous rencontrons régulièrement des mères qui s'adressent peu à leur bébé, car elles le différencient peu d'elle-même ou de leurs propres besoins. Nous assistons souvent à une mutualité pauvre dans l'échange. Le langage du parent est alors rarement adressé au bébé et



L'intensivité et le travail dans l'intimité du domicile permet de repérer de manière précoce les réponses inadéquates ou l'absence de réponse, ce qui est primordial car celles-ci conditionnent le style d'attachement et d'accordage dyadique. Un bébé qui doit s'adapter de manière précoce n'a accès qu'à peu de stratégie d'adaptation, avec un risque important d'être dans le gel affectif (inhiber tout ressenti), là où un enfant plus âgé a quant à lui plus de stratégies d'adaptation disponibles au vu de son développement (séduction, inhibition des réponses

déplaisantes, amplification des signaux...).

Telle cette maman qui va valoriser l'absence d'appel de son petit (bébé dort beaucoup, boit son biberon alors qu'elle n'a pas faim, ne réclame jamais, reste calme dans son lit...). De cette manière elle renforce inconsciemment le retrait relationnel de son enfant. Ce dernier enregistre qu'il évite la violence de sa mère en se soumettant aux demandes implicites de celle-ci.

LE TRÉPIED PSYCHOLOGUE-PSYCHOMOTRICIEN/TRAVAILLEUR SOCIAL/PÉDIATRE : BASE D'ÉTAYAGE À LA NAISSANCE PSYCHIQUE ET AU SOUTIEN À LA PARENTALITÉ

Au vu des observations que nous détaillons dans les paragraphes précédents, la clinique de la périnatalité mobilise des mouvements contre-transférentiels puissants qui peuvent plonger les intervenants dans une connexion et une identification massive aux différents protagonistes, parents ou bébé. A la fois ces mouvements sont un outil majeur dans le soin à ces familles, mais ils nécessitent une co-régulation permanente entre les collègues. En effet, l'histoire personnelle de chacun, les formations plus spécifiques, amènent le professionnel à s'identifier davantage à l'un des protagonistes ou à l'une ou l'autre partie du bébé. La co-intervention à trois têtes permet de rester garant des allers et retours entre l'identification à la souffrance des parents et l'identification à la souffrance du

bébé, et ainsi de les ajuster.

En miroir, les thérapeutes font aussi l'objet de mouvements de transfert qui peuvent être massifs de la part des patients.

Ainsi, Madame M. accouche deux semaines avant les congés alternés du binôme. Dans l'après coup, elle nomme son sentiment d'avoir été abandonnée. La reconnaissance de la pertinence de ce sentiment permet de reparler de la répétition de l'abandon par les figures maternelles (adoption, décès, placement en institution...). Nous constatons à chaque rendez-vous que les premières minutes Madame se cache (va aux toilettes, sort fumer...), montre un visage fâché. Lorsque nous lui demandons ce qu'il se passe, elle répond : rien



! puis se détend soudainement. L'hypothèse que nous lui formulons d'un sentiment d'abandon est dans un premier temps nié par Madame M. Toutefois, lorsqu'une collègue lui annonce son départ quelques mois plus tard elle pourra lui dire : Vous, vous ne m'avez pas abandonnée pour partir en congé !

La clinique périnatale est par excellence une clinique de l'engagement, qui fonctionne par succession d'enveloppe et d'arrière-plan. En effet, pour pouvoir être un point d'appui suffisamment solide pour

les parents, chaque intervenant s'appuie lui-même sur son tronc et sur l'équipe. C'est l'échange de vécus et de perceptions sensorielles, corporelles de chaque professionnel qui favorise ce maillage

et offre ainsi de la contenance aux parents et au bébé. Par ailleurs, cet arrière-fond que constitue l'équipe sert aussi de modèle d'appui transgénérationnel pour les patients et de parents de substitution, en lien avec parfois le manque de filet social ou familial. De plus, la réunion clinique de l'équipe SOS Enfants constitue elle aussi un arrière-fond. En effet, régulièrement le staff de Petites Bulles fait appel à la réunion d'équipe générale, lorsque la situation s'enlise et/ou suscite trop de tensions entre les différents professionnels. Cela permet de les dégager de l'enlissement des mouvements

” La clinique périnatale est par excellence une clinique de l'engagement, qui fonctionne par succession d'enveloppe et d'arrière-plan ”

transférentiels et contre-transférentiels dans lesquels ils sont pris, permettant ainsi de mentaliser leurs ressentis.

En effet, la parentalité défaillante est une atteinte à soi et à l'autre. Cela concerne donc, toute personne qui gravite autour de la famille. Ces situations de parentalité à charge traumatique impactent également le psychisme des professionnels. Les soignants ainsi touchés, cherchent à se défendre de la souffrance ressentie d'être pris dans des mécanismes de jugement ou de projection importants. Il est donc indispensable de

soigner notre regard clinique pour aller au-delà du jugement et des mécanismes de défense propres à chacun. Certaines situations comme l'explique O. Tagawa provoquent un effet de sidération de la pensée, le professionnel par ailleurs compétent reste immergé dans la situation, dans une incapacité transitoire de recul et d'analyse, saisi par l'effroi, par l'étrangeté angoissante de la situation (Tagawa, 2012, p. 165).

Le regard pluridisciplinaire commun sur l'enfant et sa famille minimise le risque de ces dérives, protégeant ainsi nos patients de nos propres projections inévitables. Le temps passé en réunion autour de chaque mère, père, autour de chaque bébé est une forme de soin par la pensée. Ce temps à penser/panser a un impact sur le psychisme



de la mère et du père, et donc par ricochet sur celui du bébé aussi. Les parents savent que nous travaillons sur leur situation, leur histoire lors de ces réunions. L'équipe est un appui, comme un arrière-fond tant pour les intervenants que pour les familles.

C'est ainsi que la supervision autour du petit Charles nous a permis de mettre le mot « risque majeur de retrait autistique » chez ce bébé qui, à deux mois et demi, est dans un évitement massif du regard, ainsi que dans un figement massif au niveau corporel. Prendre conscience de son état amène lors des visites suivantes, une attention beaucoup plus ajustée aux micro tentatives à soutenir chez ce bébé dans son entrée en contact avec l'autre.

Quelques semaines plus tard, nous observons des micro-appels chez ce petit, qui, sans les avoir conscientisés en équipe, seraient passés inaperçus.

Face aux angoisses, à l'ambivalence, au rejet, le setting thérapeutique doit pouvoir résister à la destructivité, au découragement, ainsi qu'à la fascination que suscitent ces situations.

” Le regard pluridisciplinaire commun sur l'enfant et sa famille minimise le risque de ces dérives, protégeant ainsi nos patients de nos propres projections inévitables ”

” Le trépied psycho-médico-social représente une contenance qui fonctionne comme un système de pare-excitation aux mouvements et flux ”

Le trépied psycho-médico-social représente une contenance qui fonctionne comme un système de pare-excitation aux mouvements et flux, qu'ils soient du côté du trop ou du trop peu, tant pour les professionnels que pour les parents. Dans ce système, la pluridisciplinarité et la fonction de chacun

est essentielle. L'ensemble de ces disciplines constitue un maillage de regards avec des outils différents. Ainsi, dans ces situations où les mécanismes de défense sont puissants et de ce fait, influencent la qualité de l'attachement, chaque professionnel n'a accès qu'à une partie du fonctionnement ou de la souffrance du bébé et de ses parents. D'où la nécessité de se parler toutes les semaines afin de remettre de l'unité et de la continuité dans nos pensées et donc celles des familles.

Dans ce contexte, ce trépied est pensé comme outil de soin. La réunion clinique offre la possibilité de mettre en mots les ressentis, et de détoxifier les charges émotionnelles suscitées par les visites à domicile. Ce vécu est très riche et amène de nombreuses informations quant à l'expérience sensorielle et relationnelle que vit le bébé, mais

également ses parents. Enfin, cela nous permet de nous ré-ajuster aux patients.

C'est ainsi qu'au retour d'une visite à domicile, l'intervenant se surprend par exemple à avoir le sentiment que le bébé lui manque. Ce mouvement contre-transférentiel puissant va être décortiqué en réunion

clinique, et va permettre de faire le lien avec le vécu d'abandon de la mère lorsqu'elle avait 1 an et demi. Cet épisode est toutefois minimisé par la mère, qui est dans un déni de son sentiment de solitude, notamment lorsqu'elle exprime être très entourée alors que la maison est vide, et son réseau familial et relationnel pauvre.

La fonction sociale permet, de contrebalancer l'accrochage à la réalité, parfois très brute des familles. Quand la visite à domicile nous donne accès à un logement précaire, où les odeurs, la saleté, le vide ou au contraire le trop rempli nous percutent de plein fouet, pénétrant au cœur de nos tripes, nous poursuivants jusqu'à l'intimité de notre propre vie, comment utiliser cette rencontre brute pour ramener

” La fonction psy / psychomotrice favorise la connexion au vécu du bébé, dont nous devons suivre les indications subtiles ou évidentes qu'il nous offre dans son art de parfait petit clinicien ”

de l'extériorité, pour ramener une sécurité minimale par un logement sûr, socle minimum attendu par la société ?

La fonction psy / psychomotrice favorise la connexion au vécu du bébé, dont nous devons suivre les indications subtiles ou évidentes qu'il nous offre dans son art de parfait petit clinicien. En effet, le bébé se développe en connexion totale

avec son environnement : il va devenir spécialiste de son environnement, surtout de sa famille ! Il est un parfait statisticien et chef d'orchestre: repère la spécificité de la communication des adultes qui l'entourent, et les modalités de réponse qui lui sont accordées (A. Deprez, J. Wendland, 2017)! C'est donc au professionnel clinicien de pouvoir à son tour décoder la danse relationnelle et l'expérience du bébé dans ce contexte.

Si en tant que thérapeute, nous prétons notre appareil psychique à penser aux parents, nous devons également offrir cette fonction au bébé. Un bébé peut se développer s'il a un environnement sur lequel il peut s'appuyer. Dans cet environnement,

” La fonction sociale permet, de contrebalancer l'accrochage à la réalité, parfois très brute des familles ”

il doit notamment pouvoir compter sur la capacité de rêverie maternelle telle que le définit Bion. Cette





capacité de rêverie est le fait que le parent va accepter de tâtonner, de chercher ce que les pleurs de son petit signifient, d'associer et continuer à penser car il n'a pas la solution. Bion explique que la mère va essayer de transformer les pleurs pour leur donner un sens. Ce sens, donné par la mère, permet au bébé de faire l'expérience d'un lien entre lui et l'autre. Sa mère, en pensant pour lui, l'aide, alors, à transformer une expérience sensorielle en quelque chose de plus psychique.

Afin de pouvoir accéder à la rêverie maternelle, le parent doit pouvoir s'appuyer sur une base de sécurité interne minimale. A défaut de cet étayage interne peu accessible pour les familles que nous rencontrons, nous faisons le pari que notre modèle de co-intervention en trépied favorise une forme d'étayage externe.

Pour cela, l'observation du bébé est un outil fondamental, notamment par l'utilisation de la vidéo via l'ADBB, ou encore le Care-Index.

Depuis bientôt trois ans, la fonction psy s'est étoffée avec l'arrivée d'un psychomotricien, qui vient ajouter un maillage des fonctions sociales, psy et médicales. Malgré notre prise en charge précoce, les difficultés parentales sont telles dans nos situations, qu'il y a un impact direct sur le développement psychomoteur du nourrisson. Ce

développement peut en être troublé et se bloquer, s'enkyster. C'est pour remettre du mouvement que le psychomotricien s'engage dans un processus thérapeutique avec lui, et ce en connexion avec ses proches. A partir de son engagement corporel et du dialogue tonico-émotionnel avec son patient, il s'emploie à construire avec le petit des expériences corporelles agréables qui lui permettent d'instaurer ou de restaurer le lien entre le somatique et le psychique. Nous avons pour projet d'intégrer le travail du psychomotricien dès la grossesse afin de favoriser la mise en place du travail psycho-corporel en prénatal.

” La fonction médicale garantit l'ancrage du trinôme dans une lecture plus objective de l'ancrage corporel du bébé ”

La fonction médicale garantit l'ancrage du trinôme dans une lecture plus objective de l'ancrage corporel du bébé. Par ailleurs, l'intervention plus ponctuelle de la pédiatre (toutes les

quatre à six semaines), bien qu'hebdomadaire au niveau des réunions, permet de maintenir un regard plus externe, d'autant plus que ce regard est articulé au regard médical externe à notre propre cadre (PEP's, ONE, pédiatre, médecin traitant...).

Le trépied d'intervenants devient le moteur essentiel, car il est un support identificatoire pour les familles. Les thérapeutes deviennent des figures identificatoires parentales qui, en garantissant un cadre d'intervention contenant et sécurisant, vont permettre à ces familles de faire l'expérience de relations qui



tiennent et qui protègent mais aussi d'expérimenter une gestion des conflits qui pour une fois n'aboutit pas à la rupture : ils expérimentent que le conflit ne détruit pas, qu'une solution peut être trouvée (Missonnier, 2012, p. 227).

Telle cette maman, qui entre en conflit systématiquement avec tous les différents professionnels qui l'entourent (aide familiale, PEP's, hôpital...), et nous

a mis deux fois à la porte dans les 6 premiers mois d'intervention. Toutefois, tout en acceptant de quitter le domicile ces fois-là, nous lui garantissons que nous lui retéléphonerions le lendemain et que nous reviendrions tel que prévu la semaine d'après. Plusieurs mois plus tard, elle a pu dire : vous au moins vous ne m'abandonnez pas !

CONCLUSION

Nous espérons que le lecteur aura perçu combien être plongé au cœur du soin psychique de la toute petite enfance n'est pas sans risque, d'autant plus lorsque l'héritage familial est lourd de traumatismes. Le modèle d'intervention précoce et de trépied reste, à notre connaissance, unique en Fédération Wallonie Bruxelles dans le soin porté aux situations à haut risque de maltraitance. Or, notre clinique quotidienne montre à quel point l'appui pluridisciplinaire dans l'intimité du domicile est un outil fondamental dans la possibilité de soigner les parentalités vulnérables. A titre de perspectives, nous réfléchissons à la rédaction d'un article reflétant la richesse de l'outil pluridisciplinaire dans notre clinique Petites Bulles.

Le soin psychique et relationnel est à plusieurs niveaux : le bébé, le parent en tant qu'adulte et le bébé

” Le soin psychique et relationnel est à plusieurs niveaux : le bébé, le parent en tant qu'adulte et le bébé dans le parent ”

dans le parent. Notre expérience montre que ce travail intensif restaure en partie la parentalité, mais que cela reste fragile. La question n'est pas comment éviter la répétition mais plutôt comment faire avec la répétition pour en atténuer les effets ? En effet, force est de constater que notre intervention précoce ne permet pas d'enrayer tout à fait l'impact des fragilités parentales sur le développement de l'enfant. Malgré le soin apporté aux familles que nous rencontrons, la parentalité reste un stress important en soi, et les premiers modèles d'attachement parentaux continuent d'être réactivés. A cette réactivation, s'ajoutent les situations de stress inhérentes à la situation psycho-sociale, qui augmentent les risques de pathologisation des liens. Cela confirme le fait que notre travail se définit comme un axe de soin, bien au-delà de la prévention.



En cela, c'est un travail au long court, à plusieurs niveaux de la société. En effet, la pérennité de notre projet dépend encore actuellement de la mobilisation de la population via des projets de type Viva For Life, non soutenus par la dimension politique. Quelle valeur le soin psychique précoce et le soin à la parentalité traumatique ont-ils pour la société ?

En 2014, lors de la création de ce projet spécifique de par son cadre d'intervention, s'est posée la question de séparer l'équipe périnatale de l'équipe SOS Enfants. Toutefois, la sévérité des situations confirme

” Notre expertise montre, au quotidien, l'intérêt du nourrissage réciproque de la clinique périnatale et la clinique de la maltraitance ”

la pertinence que ces situations restent au sein de l'équipe SOS Enfants car il est question de vie ou de mort, de protection ou de danger, qu'ils soient psychiques ou physiques.

Notre expertise montre, au quotidien, l'intérêt du nourrissage réciproque de la clinique périnatale et la clinique de la maltraitance. En ce sens, nous restons convaincues qu'une prise en charge précoce a sa place au sein d'une équipe SOS Enfants, d'autant plus au vu de l'impact des maltraitances et négligences précoces sur le développement des bébés.

BIBLIOGRAPHIE

- Attili, G. (2013). *Attachement et théorie de l'esprit. Une perspective évolutionniste*. Editions Fabert.
- Bronstein, C., Hacker, A-L (2012). Bion, la rêverie, la contenance et le rôle de la barrière de contact. *Revue française de psychanalyse*, 76 : 769-778.
- Brouwers, E.P.M., Vanbaar, E.L. 1 Pop, V.J.M. *Maternal anxiety during pregnancy and subsequent infant development, Infant Behavior and Development*, 2001 ;24 : 95-106
- Cazenave, A. et Guedeny, A. (2011). Elaboration progressive d'une démarche thérapeutique au domicile d'une mère adolescente M-T. *La psychiatrie de l'enfant*, 54 : 1786.
- Delassus, J-M. (2010). *L'aide-mémoire de maternologie*. Editions Dunod.
- Deprez, A. & Wendland, J. (2017). Penser la relation avec les parents pour les bébés placés : le protocole maintien du lien. *Cahiers critiques de thérapie familiale et pratique de réseaux*, 59 :
- Eiger, A (2011). Transmission psychique et transgénérationnel, *Champ psy*, 2: 13-25.
- Fraiberg, S. (2007). *Fantômes dans la chambre d'enfants*. Editions Puf.
- Gallois,T. et Wendland, J. (2012). Effets du stress prénatal sur le développement cognitif et psychoaffectif de l'enfant : une revue de la question. *Devenir* 24 : 245-262.
- Golse, B. (2004). *Le maternel et le féminin au regard de la bisexualité psychique. Fonctions maternelles et paternelles*. Editions Eres.
- Gombay, K. (2017) Université McGill(<http://WWW.mcgill.ca/newsroom/channels/news/Child-abuse-affects-brain-writing-270024>).
- Houzel, D. (2013). *Que nous disent les bébés de leur souffrance psychique ?* Swiss archives of neurology and psychiatry.
- Lamour, M. (2013). *La paternité et ses troubles*. Temps d'arrêt. Editions Flabert.
- Laplante, D.P., Barr, R.G., et al. (2004). Stress during pregnancy affect general intellectual and language functioning in human toddlers *In pediatric Research*, 56 : 400-410.

- Mellier, D. ed (2008). *Observer un bébé : un soin*. Toulouse, Editions Eres.
- Missonnier, S. (2012). *Manuel de psychologie clinique de la périnatalité*. Elsevier Masson.
- Missonnier, S. (2015). *Pour une hospitalité périnatale*. Temps d'arrêt. Editions Flabert.
- Otgen, P. Minton, K. et Pain, C.(2015). *Le trauma et le corps*. Editions De Boeck.
- Presme, N. Delion, P. & Missonnier, S. (2010). *Quelles transmissions autour des berceaux ?* Editions Erès.
- Presme, N. (2012). *Psychopathologie psychanalytique de la parentalité en période périnatale : approche clinique d'une pédopsychiatre en maternité*. Manuel de psychologie clinique de la périnatalité. Editions Elsevier Masson.
- Roussillon, R. (2009). La destructivité et les formes complexes de la survivance de l'objet. *Revue française de psychanalyse*, 73 : 1005-1022.
- Tagawa, O. (2012). Paradoxes et difficultés de prévention. *Manuel de psychologie clinique de la périnatalité*. Editions Elsevier Masson.
- Tervarthen, C. (2003/2004). Intersubjectivité chez le nourrisson : recherche, théorie et application clinique. *Médecine & Hygiène*, vol. 15.
- Winicott, D. (1975). La crainte de l'effondrement. *Nouvelle revue de psychanalyse*, 11 : 35-44.



QUE NOUS APPREND LE VÉCU DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES SUR LES COMPOSANTES DE LEUR INTERVENTION DANS LES SITUATIONS DE SUSPICION DE MALTRAITANCE INFANTILE NON URGENTES ?

Gilles Cornelis¹, Coralie Theys²

Résumé

Les cas de suspicion de maltraitance infantile non urgents engagent les généralistes dans un processus particulièrement complexe. Malgré le rôle important qui leur est attribué dans la prévention de ces abus, les médecins généralistes détectent et signalent encore trop peu les cas de maltraitance infantile. Les freins liés à ce manque de signalement sont explorés dans les écrits scientifiques mais peu de recherches analysent comment les médecins généralistes pratiquent face aux situations de maltraitance. Cette étude tente de déterminer ce qui compose l'intervention des généralistes dans les situations de suspicion de maltraitance infantile non urgentes pour mieux comprendre leur processus de décision et identifier des leviers d'action susceptibles de les soutenir. Pour répondre à notre question de recherche, des entretiens semi-structurés auprès de 6 médecins généralistes pratiquant en Fédération Wallonie-Bruxelles ont été réalisés. Les données des entretiens ont été analysées au

moyen de la méthode par théorisation ancrée. Notre recherche met en évidence quatre catégories qui illustrent les composantes de l'intervention des médecins généralistes face à des situations de suspicion de maltraitance infantile non urgentes (S'éveiller sans bruit, Mettre en relation pour lever le voile, On n'est pas pote, Une demande d'aide qui en dit long sur ce qu'il est possible de nommer). Ces catégories, présentées à la manière d'un dé-zoom progressif, partant du médecin généraliste vers le réseau de soin dans lequel il s'inscrit, ont ensuite été ordonnées dans un schéma permettant la modélisation du processus de décision emprunté par les médecins généralistes. L'analyse de ce processus de décision permet de comprendre les limites du savoir théorique et ce qui fait que la suspicion d'une situation de maltraitance ne suffit pourtant pas pour intervenir. Des programmes de formation adaptés pourraient soutenir adéquatement les généralistes face aux enjeux que ces situations

¹ Centre Académique de Médecine Générale (CAMG), UCLouvain, Bruxelles, Belgique.

Contact : gilles.cornelis@uclouvain.be

² Centre Interdisciplinaire de Recherche sur les Familles et les Sexualités (CIRFASE), UCLouvain, Louvain-la-Neuve, Belgique. Au moment de la réalisation de l'étude : Centre Académique de Médecine Générale (CAMG), UCLouvain, Bruxelles, Belgique.



représentent en intégrant les spécificités de leurs interventions mises en évidence par les études qualitatives. Un exemple d'activité pédagogique élaboré sur base des résultats de cette recherche est discuté à la fin de l'article. Plus qu'une simple acquisition de

connaissances et de compétences, de telles formations pourraient contribuer à développer chez les généralistes une posture réflexive, c'est-à-dire une conscience sur le processus de décision difficile dans lequel ils s'engagent.

Mots-clés : Maltraitance infantile, médecine générale, prise en charge, recherche qualitative, théorisation ancrée.

Abstract

Non-urgent cases of suspected child abuse engage general practitioners (GP) in a particularly complex process. Despite their important role in preventing such abuse, general practitioners still detect and report too few cases of child abuse. The barriers to this under-reporting are explored in the scientific literature but there is little research analysing GPs engagement with situations of maltreatment. This study attempts to determine what constitutes GP's intervention in situations of suspected non-emergency child abuse in order to better understand their decision-making process and identify levers for action. To answer this question, semi-structured interviews were conducted with 6 GP practicing in the Wallonia-Brussels Federation. The data from the interviews were analysed using the grounded theory method. This research highlights four categories which emphasize the components of GPs' intervention when faced with situations of suspected non-emergency child abuse. These

categories are presented by progressively broadening our focus from the GP to the health care network in which the practitioner is involved. They are then arranged in a chart which allows the modelling of the decision-making process undertaken by these GPs. The analysis of this decision-making process makes it possible to understand the limits of theoretical knowledge and why suspicion of a situation of abuse is not enough to intervene. Appropriate training programs could adequately support GPs in the complexity of these situations by integrating the specificities of their interventions highlighted by qualitative studies. An example of a pedagogical activity developed on the basis of the results of this research is discussed at the end of the article. More than a simple acquisition of knowledge and skills, such training could contribute to the development of a reflexive posture among generalists, i.e. an awareness of the difficult decision-making process in which they engage.

Keywords : child abuse, general practice, management, qualitative research, grounded theory.



INTRODUCTION

Le médecin généraliste compte parmi les professionnels de santé signalant le moins les cas présumés de maltraitance infantile alors qu'il est considéré comme l'un des acteurs majeurs dans la prévention de ces abus (Vinck et al., 2016). De nombreuses études ont déterminé les freins à ce manque de signalement afin d'améliorer la détection des situations de maltraitance infantile (Flaherty et al., 2008; Gilbert

et al., 2009; Konijnendijk et al., 2014; Shahhosseini & Azizi, 2017). Cependant, peu de recherches se sont intéressées plus largement à la manière dont les médecins généralistes pratiquent lorsqu'ils sont confrontés à des cas de maltraitance infantile, en termes de processus de décision, de compétences

et d'actions (Woodman et al., 2013; Bartelink et al., 2015). Pour soutenir les médecins généralistes face aux attentes de la société et de son système de soin, il semble essentiel de comprendre comment ces professionnels de santé agissent dans la prise en charge de ces situations.

L'étude que nous présentons ici tente de comprendre les dif-

férentes interventions mises en place par les médecins généralistes dans les situations de suspicion de maltraitance infantile non urgentes³. Le choix de se focaliser sur des situations de suspicion non urgentes s'explique par la difficulté diagnostique que ces situations représentent pour les généralistes mais également par le processus, imprégné d'incertitude, dans lequel ils doivent souvent s'engager (Buckingham & Danio-

los, 2013). Notre analyse porte donc sur un phénomène complexe qui s'inscrit, dans la pratique clinique, d'emblée comme un processus à part entière. Certains des aspects de ce processus ont été plus largement décrits, comme le signalement qui semble influencé

par différents facteurs individuels (connaissances, croyances ou expériences du soignant), interpersonnels (la relation du soignant avec la famille, le secret professionnel), organisationnels (manque de communication et de confiance dans le réseau de soin) ou situationnels (caractéristiques de la victime, preuves disponibles) (Shahhosseini & Azizi, 2017). Pour les médecins généra-

” Pour soutenir les médecins généralistes face aux attentes de la société et de son système de soin, il semble essentiel de comprendre comment ces professionnels de santé agissent dans la prise en charge de ces situations. ”

3 Selon l'organisation mondiale de la santé (OMS, 1999), la maltraitance infantile désigne toutes les formes de mauvais traitements physiques et/ou psycho-affectifs, de sévices sexuels, de négligences ou d'exploitation commerciale ou autre, entraînant un préjudice réel ou potentiel pour la santé de l'enfant, sa survie, son développement ou sa dignité dans un contexte d'une relation de responsabilité, de confiance ou de pouvoir.



listes, la peur d'un diagnostic incorrect semble être la raison principale du manque de signalement ; renforcée par une crainte de l'impact négatif de celui-ci sur l'enfant, sur sa famille et sur la relation médecin-famille (Regnaut et al., 2015). Cependant, si le signalement est une étape importante dans la prise en charge d'enfants maltraités (Baudart et al., 2010), d'autres auteurs s'inquiètent de ne cristalliser l'action des médecins généralistes qu'au travers de celui-ci (Woodman et al., 2013). En effet, la fréquence importante de la maltraitance infantile, les ressources limitées de prise en charge par le réseau spécialisé et les différents seuils d'actions des divers intervenants (Gilbert et al., 2009) amènent les généralistes à développer une série d'interventions distinctes d'un signalement. Ces interventions comprennent par exemple le suivi des familles et un soutien à la parentalité (Woodman et al., 2013). Des recherches qualitatives analysant comment les généralistes travaillent, décident et agissent dans ces situations de maltraitance, de manière individuelle ou en relation avec le réseau d'aide, se sont donc développées (Tompsett et al., 2010 ; Bartelink et al., 2015).

” Que nous apprend le vécu des médecins généralistes sur les composantes de leur intervention dans les situations de suspicion de maltraitance infantile non urgentes ? ”

Malgré les réponses apportées par celles-ci, il semble persister un besoin de recherche pour connaître comment les médecins généralistes vivent, en pratique, les situations de maltraitance infantile.

Cette recherche s'intéresse donc au vécu du médecin généraliste face à ces situations de maltraitance et est née d'une observation de terrain : souvent savoir⁴ ne suffit pas pour prendre en charge des situations de suspicion de maltraitance infantile. Si le savoir semble insuffisant pour agir, nous avons formulé l'hypothèse qu'il existe quelque chose en plus qui se joue dans ces situations : des paramètres supplémentaires en relation avec le praticien et qui sont susceptibles de l'influencer. Nous avons donc voulu répondre

à la question de recherche suivante : Que nous apprend le vécu des médecins généralistes sur les composantes de leur intervention dans les situations de suspicion de maltraitance infantile non urgentes ?

La prochaine section de cet article permettra de se familiariser avec la méthodologie employée : la méthode par théorisation ancrée (Glaser & Strauss, 1967) encore peu utilisée dans le domaine de re-

⁴ Par savoir, nous entendons ici la connaissance théorique (par exemple celle des signes, des symptômes ou encore du réseau d'aide psycho-médico-sociale) mais aussi le fait de prendre connaissance de situations où il existe un degré de suspicion de maltraitance. En effet, l'analyse du degré de suspicion de maltraitance infantile chez des médecins montre qu'un degré élevé de suspicion ne suffit pas pour aboutir à une prise en charge (Flaherty et al., 2008).



cherche sur la maltraitance. Cette section présentera une description détaillée de cette méthode et la manière dont nous l'avons opérationnalisée. Nous présenterons ensuite les résultats de la recherche qui seront enfin assemblés et agencés dans la discussion pour mettre à jour les processus réflexifs dans lesquels des généralistes ordinaires - c'est-

à-dire sans rôles ou fonctions spécifiques dans la prévention de la maltraitance infantile - s'engagent lorsqu'ils sont face à des situations de suspicion de maltraitance infantile non urgentes. La discussion se terminera par l'identification des leviers pertinents pour soutenir les généralistes dans ces prises en charge complexes.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Ce travail, né d'une observation de terrain⁵, s'est employé à répondre à la question de recherche suivante : Que nous apprend le vécu des médecins généralistes sur les composantes de leur intervention dans les situations de suspicion de maltraitance infantile non urgentes ? Pour répondre à cette question, nous avons opté pour une approche qualitative inductive permettant d'interroger et d'analyser le vécu des médecins généralistes face à ces situations. Avec une approche inductive, il ne s'agit pas de déterminer et d'interroger a priori les freins

et les difficultés que les médecins généralistes rencontrent dans les cas de suspicion de maltraitance infantile mais bien de comprendre en profondeur leur expérience et leur vécu lorsqu'ils sont confrontés à ces situations. Ainsi, l'analyse par théorisation ancrée (Glaser & Strauss, 1967) nous a paru particulièrement indiquée pour réaliser une analyse minutieuse des processus impliqués dans la situation qui nous intéresse ici : la rencontre entre un médecin et une situation d'enfant potentiellement maltraité par le système qui l'entoure.

RECRUTEMENT ET PROFILS DES PARTICIPANTS

Afin de réunir et d'interroger une diversité de profils de médecins généralistes ordinaires, nous

avons sélectionné des généralistes sans rôles ou fonctions spécifiques dans le domaine de la prévention

5 Cette recherche s'est déroulée dans le cadre du Master de spécialisation en médecine générale de l'Université Catholique de Louvain (UCLouvain). Pour l'obtention du Master, le médecin en cours de spécialisation (assistant en médecine générale) doit réaliser un travail de fin d'étude (TFE) tout en exerçant une pratique clinique de médecine générale. Le choix du sujet de recherche et la manière de l'aborder sont nés de la pratique clinique de médecine générale et des situations de suspicion de maltraitance infantile qui y ont été rencontrées. Cette pratique a fait émerger un premier constat qui a guidé la recherche : souvent savoir ne suffit pas pour prendre en charge des situations de suspicion de maltraitance infantile. Ce constat, partagé par des collègues et des professeurs généralistes, a été confronté aux données issues de la littérature scientifique et a donné lieu à une recherche de terrain. Cet article reprend donc l'essentiel d'un travail de fin d'étude réalisé pour l'obtention du diplôme de médecin généraliste à l'UCLouvain.



de la maltraitance infantile mais en regardant aux critères suivants : le genre, l'âge, la région d'exercice, le type de pratique (médecin solo, en association ou en maison médicale), le nombre d'années de pratique en médecine générale, la pratique en consultation ONE et l'expérience en tant que maître de stage encadrant des stagiaires ou des assistants. Ces critères ont été retenus en raison des facteurs pouvant influencer l'implication des généralistes dans la prise en charge d'enfants (Markaroff et al., 2014). L'identification et le recrutement de ces médecins généralistes se sont fait à partir du réseau personnel du chercheur réalisant l'étude.

Au total, dix médecins ont été invités à participer à la recherche par téléphone ou par email. La procédure suivie lors de ce premier contact comprenait : une présentation de l'identité du chercheur en tant qu'assistant en médecine générale de l'UCLouvain ; la thématique du travail réalisé, à savoir, le

vécu du médecin généraliste face à la maltraitance infantile; une demande d'entretien individuel comme moyen de collecte des données ; un complément d'informations concernant l'enregistrement de l'entretien et l'obtention du consentement du médecin avec une garantie de son anonymat. Parmi les dix médecins généralistes contactés, six d'entre eux ont accepté de participer à notre recherche. Lors de ces premiers échanges, la problématique de la maltraitance a toujours éveillé un grand intérêt parmi les personnes contactées qui la considéraient comme un sujet concernant particulièrement la médecine générale. La raison principale de refus de participation à la recherche (quatre médecins) était liée à des contraintes logistiques (manque de temps ou indisponibilité aux dates proposées). La figure II (Annexes, figure II : Tableau de profils des participants) présente le profil des médecins généralistes rencontrés.

DÉROULEMENT DES RENCONTRES

Les rencontres avec les médecins se sont toutes déroulées sur leur lieu de travail, dans un climat de confiance, entre février 2018 et avril 2018. Avant de commencer l'entretien, le thème était évoqué une nouvelle fois et la nature de la démarche était présentée. Il était clairement expliqué que les temps de silence étaient bienvenus si une réflexion devait avoir lieu et que, étant donné l'intérêt pour leur propre expérience dans le domaine,

il n'y avait donc pas de bonne ou de mauvaise réponse. Il était également mentionné que l'interlocuteur pouvait demander à tout moment l'interruption ou la fin de l'interview sans devoir se justifier. La durée moyenne d'un entretien était de 46 minutes. Lors de ceux-ci, nous avons mené des entretiens semi-dirigés pendant lesquels les participants étaient invités à raconter leur expérience personnelle face aux situations de suspicion de maltraitance



infantile et les différentes étapes qu'ils rencontraient dans la prise en charge de ces situations. Ces entretiens sont dits semi-dirigés car ils ont été réalisés à l'aide d'un guide d'entretien qui reprend des thèmes généraux et des questions ouvertes pour déclencher, orienter et enrichir la discussion prenant place, pendant l'interview, entre le médecin et le chercheur. Les thèmes comprenaient l'expérience du médecin généraliste et sa représentation de la maltraitance infantile, la pertinence du thème pour la médecine générale, les éléments pouvant déclen-

cher une suspicion de maltraitance infantile, les actions réalisées par le généraliste face à une situation de maltraitance, le réseau d'aide impliqué dans la maltraitance infantile, le suivi du jeune en situation de maltraitance et les difficultés personnelles du médecin face à cette problématique. Le guide évoluait au fur et à mesure des rencontres en étant enrichi de nouvelles questions, apparues au cours d'un entretien ou lors de l'analyse de celui-ci. Les rencontres ont toutes été enregistrées et intégralement retranscrites par le chercheur lui-même.

MÉTHODE D'ANALYSE

L'analyse du matériau s'est faite au moyen de la méthode par théorisation ancrée (Glaser et Strauss). Cette méthode d'analyse, issue de la sociologie, s'ancre dans le vécu des personnes interrogées et s'engage à y rester fidèle. Il n'est donc pas question ici d'analyser un vécu en fonction d'idées de recherche préconçues. Dès lors, l'étude produite et la direction qu'elle prend ne sont pas prévisibles. Ainsi, l'analyse favorise l'émergence d'une nouvelle théorie. Par théorie, il faut entendre la définition de Paillé (1994) pour qui théoriser c'est dégager le sens d'un événement, c'est lier dans un schéma explicatif divers éléments d'une situation, c'est renouveler la compréhension d'un phénomène en le mettant différemment en lumière (Paillé, 1994, pp. 149). Les étapes d'analyse ont suivi celles proposées par Lejeune (2014) dans son manuel d'analyse qualitative. Celles-ci sont

le travail d'étiquetage, la mise en évidence des propriétés, la découverte des catégories, leur mise en relation, leur intégration dans un schéma global, la modélisation du phénomène étudié et enfin la théorisation. Concrètement, lors du travail d'étiquetage, chaque entretien a été entièrement codé. Chaque phrase ou groupe de phrases, considérés comme des unités de sens, ont été codés par un mot, un verbe ou un adjectif qui qualifie le mieux ce que l'interlocuteur dit à propos de son expérience ou de son vécu. Dans ce travail de codage, il ne s'agit pas de qualifier ce dont parle l'auteur mais bien de s'interroger sur ce qu'il dit quand il parle d'un élément. Pour chaque entretien, entre 80 et 100 étiquettes ont été produites. L'ensemble de celles-ci a ensuite été analysé afin de sélectionner les plus révélatrices et les plus caractéristiques du phénomène étudié.

Il s'agit dans cette étape de mettre en évidence les propriétés du phénomène étudié et encore inconnu. Ensuite, vient la découverte des catégories. Celles-ci prennent forme progressivement en entrecroisant plusieurs propriétés liées aux vécus des acteurs. Chaque catégorie est donc caractérisée par un ensemble de propriétés qui en révèlent un aspect sans pour autant la définir complètement. La découverte des catégories permet de porter ainsi l'analyse à un niveau conceptuel en nommant de manière plus riche et plus englobante les événements qui se dégagent des données et de pouvoir plus tard théoriser le phénomène étudié qui se dévoile progressivement (Paillé, 1994). La figure III (Annexes, figure III : Processus d'analyse d'un extrait d'entretien)

ASPECTS ÉTHIQUES

En raison de la loi Belge du 7 mai 2004 relative à l'expérimentation humaine et des directives académiques encadrant en 2017-2018 la réalisation des TFE's du Master de spécialisation en médecine générale de l'UCLouvain, notre recherche n'a pas nécessité de passage par un comité d'éthique, ni de signatures de formulaires de consentement par les participants. Toutefois, un certain nombre de précautions ont été prises et ont guidé les étapes de cette recherche afin de ne pas nuire aux participants. Ces précautions comprennent notamment l'information aux participants sur le sujet et le but de la recherche, un consentement oral, une communi-

propose un exemple de codage d'un extrait d'entretien. Les catégories sont ensuite mises en relation (de manière empirique, spéculative ou théorique) pour être intégrées dans un schéma global d'explication qui va préciser l'objet de l'étude autour d'une thématique commune. La modélisation par ce schéma tente de rendre compte de la dynamique du phénomène. De l'ensemble des étapes précédentes, se dégage progressivement une théorie explicative du phénomène étudié. Les phases d'étiquetage, de recherche des catégories, de mise en relation, d'intégration et de modélisation ont été ponctuées de moments d'analyse collective. Ces moments de partage et de réflexion ont enrichi l'analyse et l'écriture des résultats.

cation claire sur le déroulement des rencontres et l'enregistrement des entretiens, une liberté de participation, un respect de la parole et du vécu des participants, la garantie de l'anonymat par la codification des informations permettant de reconnaître un participant et une série de précautions concernant le stockage des données ainsi que la destruction des enregistrements au terme de la recherche. Une version provisoire de l'article a également été mise à disposition des participants pour relecture avant publication.



RÉSULTATS

L'analyse par théorisation ancrée a fait émerger quatre catégories conceptuelles accompagnées de leurs différentes propriétés décrites ci-dessous. L'ordre de présentation de ces catégories peut s'apparenter à un dé-zoom progressif partant de (1) ce qui se passe dans la tête du médecin ; (2) à comment il peut le confronter au savoir médical, à la consultation codée dont il a l'habitude ; (3) à comment il peut le relier à la famille ; (4) pour finalement inscrire tout cela dans un réseau d'aide plus large, qu'il s'agisse de son réseau de proximité ou des structures spécialisées.

Catégorie n°1 : S'éveiller sans bruit

Cette catégorie illustre un processus silencieux de sensibilisation du soignant à l'égard d'une problématique de suspicion de maltraitance infantile. Cet éveil se base sur ce que les médecins appellent un processus intuitif ou des sensations subjectives associées parfois à un malaise qui fait sortir momentanément le médecin de son schéma de la consultation en cours. L'éveil se déroule en marge et en parallèle de la consultation classique. Ainsi, un mouvement intérieur se déploie et le médecin jongle entre deux consultations simultanées, l'officielle pour laquelle il est sollicité et la clandestine qui

s'éveille. Pour que ce double mouvement puisse advenir, le médecin doit y être attentif mais sans bruit. La consultation clandestine évolue donc sans mot, dans la tête du généraliste et forme un processus internalisé non communiqué directement au patient. Le soignant est interpellé mais ne le laisse pas transparaître. La mise en place de processus d'évitement ayant comme conséquence l'arrêt ou la mise en veille du processus d'éveil est parfois rapporté. Dans cette catégorie qui marque le début du processus dans lequel les médecins généralistes s'engagent face à une situation de suspicion

” Processus intuitif
ou des sensations
subjectives associées
parfois à un malaise
qui fait sortir
momentanément le
médecin de son schéma
de la consultation en
cours ”

de maltraitance, le focus est mis sur la dimension sensorielle. Il s'agit pour le médecin d'être à l'écoute de ses sensations mais également de se laisser imprégner de ce qui se passe. Cette étape est caractérisée par quatre propriétés : la non-demande, le processus d'éveil silencieux, le raisonnement intérieur et la mise en veille.

La non-demande :

Cette propriété restitue le fait que la problématique de la maltraitance n'apparaît pas comme l'objet de la consultation mais se développe, au contraire, en parallèle de celle-ci.

- *Là où je me suis posé des questions c'est le plus souvent avec le*

silence d'un enfant... ça m'inquiète quand je vois ça... à l'inverse des parents qui inondent de détails pour être sûr de noyer complètement le poisson. (Médecin 2)

Même si certains médecins soulignent comment un phénomène de société a pu faire jaillir une problématique restée jusqu'alors enclavée dans un tabou :

- *Après l'affaire Dutroux c'était si dérangeant [...] il y avait une parole très très très libérée par rapport à ça [...] Mais quand t'entends ce que les gens te racontaient, tu te disais putain c'est dingue. (Médecin 3)*

Le processus d'éveil silencieux:

Cette propriété évoque le moteur de la prise de conscience qu'une nouvelle problématique est en train de se dessiner devant le médecin. L'intuition, le feeling, une sensation subjective jouent un rôle essentiel dans ce processus de sensibilisation.

- *C'est plus une sensation que l'on ressent « Tiens, il y a quelque chose qui me met mal à l'aise dans la manière dont cet enfant se comporte » et cetera. (Médecin 5)*

Le raisonnement intérieur:

L'intuition laisse place à une série de questions et d'analyses. Ce processus de raisonnement n'est pas exposé au patient et est, comme la non-demande, caché. Cela se produit dans un double jeu, une consultation dans la consultation à laquelle ne participerait activement que le médecin. Une démarche intellectuelle singulière, une consul-

tation clandestine s'invitant dans le psychisme du médecin.

- *[...] faire comme si ben tout se déroulait de manière tout-à-fait normale [...] La première fois surtout je regarde, j'essaie de m'imprégner de ce que je perçois. (Médecin 6)*

La mise en veille:

Tous les événements inattendus et présents sans bruit mais qui accompagnent le médecin tout au long de sa consultation sont susceptibles, à un certain moment, d'être neutralisés par un processus d'évitement de nature plus ou moins volontaire. Cette mise en veille amène la consultation et le médecin à retrouver une stabilité relative et se traduit par la fin de la consultation clandestine.

- *Inconsciemment peut-être on peut avoir certains comportements d'évitement. De se dire « Ouh j'ai l'impression qu'il y a quelque chose qui se passe mais ça me fait peur » [...] Du coup parlons d'autre chose, « et votre bronchite ça va mieux ? » Je pense que ce phénomène là il est assez, il peut être en tout cas fort présent. (Médecin 5)*

Cet extrait montre également comment l'expérience du soignant semble créer une trace mnésique qui risque de cristalliser une attitude prédéfinie comme de la peur, de l'inquiétude, de l'impuissance.





Catégorie n°2 : Mettre en relation pour lever le voile

La catégorie Mettre en relation pour lever le voile montre comment le médecin élabore la situation au départ de l'intuition. Si l'intuition est un premier moteur, le second est un effort de réflexion quant aux éléments qui constitueraient une potentielle situation de maltraitance. Le médecin décode les symptômes et les signes à la lumière des enjeux relationnels entourant l'enfant et, de cette manière, les relationalise. Aborder et travailler la suspicion de maltraitance en consultation, et éventuellement la

” Aborder et travailler la suspicion de maltraitance en consultation, et éventuellement la mettre en évidence, passe par différentes stratégies qui ont pour point commun d'éviter la confrontation avec les patients. ”

mettre en évidence, passe par différentes stratégies qui ont pour point commun d'éviter la confrontation avec les patients. Avec cette deuxième catégorie, le processus débuté par les médecins généralistes se poursuit mais opère déjà une première prise de recul permettant au médecin d'élaborer ses sensations. Cette élaboration se caractérise par les propriétés suivantes : Décodage et relationalisation du symptôme, éviter la confrontation, l'échec de la standardisation et quand la pratique plurielle facilite l'action.

Décodage et relationalisation du symptôme :

Les médecins impliqués dans notre étude ne se limitent pas à la collecte des signes ou symptômes

mais semblent également se tourner rapidement vers le contexte socio-familial de l'enfant. Ils tentent ainsi de décoder comment la maltraitance intervient dans un système en s'interrogeant sur son histoire. A-t-elle une fonction ? Une cause ? Une raison ? Ce décodage de la maltraitance les amène à la considérer comme un symptôme d'une souffrance ou d'un dysfonctionnement plus large. Ainsi, plutôt que de rationaliser des faits potentiels de violence, il s'agit de les relationaliser en comprenant les enjeux et leurs inscriptions dans les relations familiales. Et ce faisant,

le médecin commence, lui aussi, à prendre part à ces relations.

- *C'est souvent de génération en génération hein, elle redoutait que son mari à elle n'abuse de ses enfants [...] « mon mari c'est un mec comme mon père qui va abuser des gosses ». Et c'est elle qui finalement a dénoncé le tout, de ce qu'elle avait vécu enfant...c'était elle le symptôme d'entrée, c'était elle qui était déprimée, qui pétait les plombs. Et c'est après nos entretiens ici qu'elle a fait appel à l'aide pour ses enfants et de fil en aiguille le tout est sorti. (Médecin 2)*

Eviter la confrontation :

Il apparaît qu'au moment de lever le voile, le médecin généraliste a différentes techniques pour aborder



la suspicion de maltraitance. Toutefois, les interviews mettent en avant que le généraliste tend à tout faire pour éviter la confrontation par crainte de rompre le lien avec la famille, puisque cela conditionne en retour les possibilités d'action en consultation.

- *Le but c'est quand même de maintenir un climat relationnel et d'expression. Mais si les parents ont l'impression qu'on est en train d'être inquisiteur ils ne viendront plus à la consultation...(silence) (Médecin 6)*

L'échec de la standardisation :

Les situations de suspicion de maltraitance mettent en échec la standardisation du modèle médical comme le temps de consultation court ou l'approche centrée sur la maladie. Elles mettent également en tension des repères pourtant fondamentaux de la profession. L'extrait ci-dessous à propos du secret professionnel montre en effet comment des balises de la pratique médicale peuvent être perçues comme un obstacle dans ces situations.

- *Le secret professionnel faut pas trop s'en encombrer non plus [...] qu'est-ce qui prime : la protection de l'enfant ou un article de loi qui d'ailleurs ne sanctionnera pas le médecin s'il a fait une démarche. (Médecin 2)*

Quand la pratique plurielle facilite l'action:

Enfin, le type de pratique médicale semble influencer les capacités du généraliste à prendre en charge

une situation de suspicion de maltraitance et à lever le voile sur celle-ci. En effet, la présence de psychologues dans une pratique de groupe ou le fait de recevoir en consultation ONE sont des facilitateurs pour lever le voile.

- *Aussi le fait ici qu'on travaille en équipe pluridisciplinaire. C'est vrai qu'on a une psychologue, qu'on a une assistante sociale et cela donne parfois un levier intéressant... (Médecin 5)*

Catégorie n°3 : On n'est pas pote

Le nom de cette catégorie, extrait du matériau d'analyse, résonne comme un avertissement d'un médecin envers un patient. Mais, on n'est pas pote révèle aussi, à la manière d'un aveu involontaire, la tension entre l'engagement dans la relation thérapeutique et le maintien d'une posture professionnelle. Cette rencontre avec les limites du cadre médical se retrouve chez les différents médecins interrogés. Il semble en effet que pour comprendre une situation de suspicion de maltraitance, il ne suffit pas au médecin d'inviter le patient dans sa sphère médicale mais que cela implique, au contraire, pour le médecin, de rentrer dans le système entourant l'enfant. Le médecin s'aventure alors dans ce monde inconnu à l'aide d'une relation de confiance médecin-patient. Les liens ainsi créés nourrissent, dans les entretiens, l'espoir d'influer positivement sur la situation de suspicion de maltraitance au risque, pour le médecin, de s'identifier à certaines parties du



système. Cet écueil de l'identification peut cependant parfois être évité si le médecin est confronté à des systèmes familiaux, sociaux, culturels trop différents des siens. Le décalage entre ses propres valeurs et règles et celles auxquelles il fait face peut alors produire un choc des systèmes qui peut entraver le travail du médecin.

En poursuivant notre dé-zoom, le champ s'élargit et nous capturons dans l'objectif la relation complexe que le médecin généraliste entretient avec le système entourant l'enfant. Cette troisième catégorie est caractérisée par trois propriétés : des liens qui libèrent, les processus d'identification et le choc des systèmes.

Des liens qui libèrent :

Un lien thérapeutique de qualité avec l'enfant et son entourage maximise le sentiment d'efficacité des médecins généralistes interrogés en les libérant dans leur faculté d'aborder et d'explorer la problématique. Ce lien créé permet au médecin de parler plus librement mais également au patient de s'exprimer davantage.

- *C'est vraiment une alliance que tu dois faire avec lui, « Allez fais-moi confiance ». C'est la clef du succès. [...] sans confiance tu peux soigner personne hein. Faut pas rêver. (Médecin 3)*

Les processus d'identification :

La place importante de la relation thérapeutique conduit le médecin à se familiariser avec les différents proches de l'enfant. En fonction d'une sensibilité personnelle ou de son processus de socialisation, le médecin peut être plus attentif à certains éléments. Ainsi, il peut s'identifier

dans certains cas plus facilement à la détresse d'un enfant ou à celle de sa famille. Cette identification peut conduire le médecin dans des conflits de loyauté comme le montre l'extrait ci-dessous :

- *Un pédiatre qui ne travaille que dans l'intérêt du jeune va se sentir beaucoup plus légitime d'aller signaler [...] si on signale, ben on sait qu'on va potentiellement détruire le lien qu'on a construit avec les parents. (Médecin 4)*

Le choc des systèmes :

Faire face au système dans lequel évolue l'enfant, c'est aussi faire face aux valeurs et aux règles familiales, sociales et culturelles qui le constituent. Les généralistes de notre étude le soulignent en mettant en évidence le décalage possible entre ces valeurs et les leurs. Ceci peut conduire à un choc avec le système du soignant. En effet, le médecin peut ne pas être capable d'imaginer ou d'appréhender telle ou telle valeur, réalité, dans son approche globale de la situation. On



n'est pas pote mais également on ne naît pas pote : d'emblée, nous n'appartenons pas aux mêmes systèmes et ceux-ci peuvent s'entrechoquer.

- *Quand on voit la famille avec la gamine qui a son problème rénal là où le père est un, à mon avis, un cortex simiesque plutôt qu'humain... tu dois marcher sur des œufs[...] ça a pris une heure pour décoder et cerner un peu le gars, s'en faire un allié. (Médecin 3)*

Catégorie n°4 : Une demande d'aide qui en dit long sur ce qu'il est possible de nommer

Les généralistes interrogés s'accordent sur la nécessité d'une aide psychosociale dans la prise en charge des situations de maltraitance. Cependant, cette aide se traduit le plus souvent par le recours au réseau d'aide non spécialisé que nous appellerons le réseau de proximité. Les médecins ne se tournent donc pas en première intention vers le réseau officiel pour une expertise spécialisée malgré leur éventuel sentiment d'impuissance. Ce phénomène s'explique par la place importante de la dimension relationnelle dans la formulation de la demande d'aide, au détriment d'une véritable mise en mots de la situation. Cette catégorie clôture notre dé-zoom en mettant le généraliste en lien avec le réseau de soin. Deux propriétés la caractérisent : le transfert rela-

” Ce phénomène s'explique par la place importante de la dimension relationnelle dans la formulation de la demande d'aide, au détriment d'une véritable mise en mots de la situation. ”

tionnel et quand contacter le réseau officiel fait exister la maltraitance.

Le transfert relationnel :

Le choix du réseau de proximité semble se faire par la possibilité qu'il offre de transférer le patient dans une continuité relationnelle. Le médecin étant lui-même en collaboration étroite avec son réseau mais également avec son patient, il tisse un chemin relationnel confortable pour le patient. Le médecin fait glisser le patient vers le réseau de proximité en nommant les intervenants et en montrant les relations de travail qu'il entretient avec ceux-ci. Le patient devient entouré par un système d'aide qui lui semble familial.

- *Tu vas aller voir Véronique [nom d'emprunt] l'assistante sociale. [Simule question du patient] « Tu la connais ? » Ben oui je la connais bien, viens je vais te conduire dans son bureau... on transfère le patient. Moi, il y a des patients avec qui je vais à la première consultation chez le psy. (Médecin 3)*

Quand contacter le réseau officiel fait exister la maltraitance :

A la lecture des entretiens, tout se passe comme si le fait de contacter le réseau officiel revenait à faire exister la maltraitance. Nommer la souffrance d'un enfant, la prendre en compte et lui apporter de l'aide sous forme de soutien dans le réseau de proximité ne serait pas synonyme



d'un diagnostic de maltraitance infantile. A l'inverse, contacter le réseau officiel, mandaté pour prendre en charge de telles situations, revient à faire exister la maltraitance dans le cabinet de consultations du généraliste. Contacter le réseau officiel, c'est reconnaître la maltraitance comme une problématique avec laquelle le médecin va devoir travailler.

■ *[...]Moi, finalement, alors que généralement cliniquement je suis assez à l'aise avec mes intuitions, dans ces situations-là j'ai peur de mes intuitions et effectivement prendre mon téléphone... (Médecin 4)*

De plus, il apparaît que lorsque le médecin ose porter l'étiquette de la suspicion de maltraitance jusqu'au réseau spécialisé, il existe un délai avant que le réseau intervienne. Un sentiment de solitude est alors souvent présent.

■ *Ce décalage entre le moment où on donne l'alerte et le moment où les choses se mettent en place où là on est un peu mal à l'aise... ça m'a demandé quand même un effort personnel de faire la démarche et puis après ouh ça met du temps quoi ! (Médecin 5)*

Le signalement fait donc exister la maltraitance avec comme conséquence que celle-ci doit être prouvée. En effet, le médecin doit produire parallèlement à l'expression de la maltraitance, l'existence de preuves la justifiant afin de faire le signalement. Cette difficulté à fournir des preuves ou le fait que,

malgré leur existence, cette étape de signalement marque un seuil difficile à franchir peut ralentir ou dissuader la prise de contact avec le réseau spécialisé. Il peut en résulter l'attente d'éléments jugés catastrophiques par le médecin pour franchir ce seuil de signalement, comme l'illustre l'extrait suivant :

■ *C'est quand j'ai appris que ses parents savaient qu'elle avait été abusée par des gens plus âgés qu'elle, que je me suis dit, là ça va pas, je vais appeler quoi. Catastrophique là. Donc on est déjà un peu loin, déjà un peu tard. (Médecin 1)*

Contrairement au réseau officiel, celui de proximité travaillera à la situation de suspicion de maltraitance que les preuves soient présentes ou non, liées ou non. Il apparaît également que c'est le réseau de proximité qui pourra éventuellement fournir des preuves pour un signalement ultérieur, ce qui à la fois décharge le médecin mais aussi le renforce dans ses possibilités d'actions pour un meilleur travail de celui-ci.

■ *Bon l'assistante sociale et la psychologue ont un peu plus de temps et certainement plus de compétences... ce monitoring permet parfois de passer plus vite alors à une étape supérieure. (Médecin 5)*

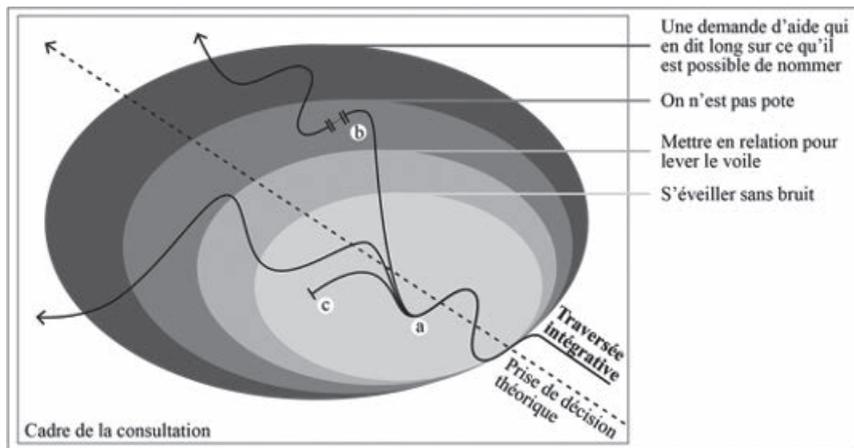
Discussion

Les résultats de notre étude qualitative définissent quatre catégories dévoilant les spécificités du vécu des médecins généralistes face à une situation de suspicion de maltraitance infantile non urgente. Ces catégories, bien distinctes, sont

étroitement enchevêtrées et représentent des composantes de leur intervention qui, nous le verrons, peuvent influencer le processus de décision. En pratique, il n'y a pas de réelles séparations, ni d'ordre séquentiel. Néanmoins, lors de l'analyse des résultats, ceux-ci se sont inscrits et ordonnés à la manière d'un dé-zoom progressif partant de ce qui se passe à l'intérieur de la

tête du médecin généraliste jusqu'au réseau d'aide dans lequel ce dernier s'inscrit. La figure 1 illustre l'agencement des différentes catégories et la manière dont deux processus de décision (la prise de décision théorique et la Traversée intégrative) les parcourent en vue de pouvoir intervenir dans le cas d'une situation de suspicion de maltraitance infantile non urgente

Figure 1 : Schéma du processus de décision



Les quatre catégories sont présentes dès le début de la rencontre avec le patient (le cadre de consultation) et résonnent à l'appel d'une situation de suspicion de maltraitance ; parallèlement au savoir théorique et à l'expérience du soignant. Le médecin traverse l'ensemble des catégories et des propriétés dont certaines résonnent plus que d'autres selon le praticien et la situation. La résultante est une traversée intégrative qui constitue le processus réel de décision. Cette traversée est intégrative car elle voyage au travers de tout

l'ensemble et portera dès lors les traces des rencontres avec chaque propriété. Ces propriétés peuvent potentiellement se transformer en enjeux venant modifier (a), ralentir (b) ou stopper (c) le processus de décision. Ces enjeux, qui résultent du processus dans lequel les généralistes s'engagent lorsqu'ils sont confrontés à une situation de suspicion de maltraitance infantile non urgente, composent leur intervention et peuvent les amener à considérer que le Savoir ne suffit pas pour porter la décision théorique linéaire que ce Savoir prescrit. Le



moment de la décision ne relèvera pas de ce seul champ-là, il y a un trou que le Savoir ne comble pas et il faudra trancher malgré tout. Lebrun (Lebrun, 2005), qui amène cette réflexion à propos de la maltraitance infantile, énonce que Décider c'est s'excepter du Savoir pour prendre une décision, amenant le soignant à occuper une place d'exception.

La méthode par théorisation ancrée a permis de construire, sur base du vécu des médecins généralistes, un processus (la traversée intégrative) qui se distingue des résultats obtenus par les recherches précédentes. En effet, nous avons considéré et analysé les situations de suspicion de maltraitance comme un phénomène social complexe où un médecin rencontre un enfant à la fois dépendant et potentiellement maltraité par le système qui l'entoure. Cette rencontre perturbe et dérange les généralistes car ils sont en manque de repères dans ces situations où leur fonctionnement habituel de praticien ne fonctionne pas, voire dysfonctionne. Tout en s'écartant des études précédentes sur le sujet, notre recherche partage également certaines similarités. En effet, la place de l'intuition, le vécu difficile de l'incertitude, la présence de conflits de loyauté entre le médecin et la famille et le manque de

” En effet, nous avons considéré et analysé les situations de suspicion de maltraitance comme un phénomène social complexe où un médecin rencontre un enfant à la fois dépendant et potentiellement maltraité par le système qui l'entoure. ”

confiance et de collaboration avec le réseau spécialisé sont décrits et parfois élaborés dans la littérature (Tompsett, 2010). Ces thèmes préexistants enrichissent la compréhension de nos propriétés, qui en retour, peuvent développer certains de leurs aspects. Une étude belge (Vinck et al., 2016) qui se penche sur les difficultés rencontrées par les généralistes dans la prise en charge de la maltraitance infantile met en avant des résultats proches des catégories et des propriétés avancées au sein de ce travail. Cependant, il semble que nos résultats accentuent

la compréhension de ces difficultés et de comment elles viennent interpeller le médecin généraliste et modeler son action en pratique clinique. Ainsi, nous parlons d'échec de la standardisation pour interpréter le manque de temps et de moyens invoqués par les généralistes; d'un processus

d'éveil silencieux et d'une mise en veille pour détailler le manque de capacités pour détecter ces situations; d'une demande qui en dit long sur ce qu'il est possible de nommer pour expliquer le peu de connaissance du réseau par les médecins et de processus d'identification et de choc des systèmes pour décrire la proximité avec les familles (Vinck et al., 2016). Il nous apparaît que c'est en spécifiant ces difficultés qu'il est alors possible d'imaginer des



moyens susceptibles d'aider les généralistes. C'est sur la base de cette réflexion que nous reconsidérons la proposition de mettre à disposition des médecins légistes pour aider les médecins généralistes (Vinck I., 2016).

Si cette aide peut effectivement pallier au manque de compétences des généralistes dans l'établissement d'un diagnostic, elle semble faire l'impasse sur certains processus en jeu dans ces situations. En effet, s'il est déjà difficile pour les médecins généralistes de parler de la maltraitance, redoutant les conséquences pour l'enfant et pour la relation à la famille, mais également de la nommer auprès d'instances spécialisées (une demande qui en dit long sur ce qu'il est possible de nommer), on comprend qu'il restera difficile pour le généraliste de faire appel au médecin lé-

giste qui, par son titre, fait référence à un cadre légal et fera donc exister officiellement la maltraitance. Les résultats de notre étude permettent, selon nous, de considérer que ce qui manque aux généralistes, c'est bien des balises pour intervenir. Ces balises doivent être orientées par une autre manière de faire profession,

basée sur des impressions, des sensations qu'il faut mettre à jour et partager tout en manipulant autrement des concepts et des pratiques pourtant bien ancrés dans l'exercice de la médecine. Le passage du secret

professionnel vers le secret professionnel partagé est un bon exemple de cette autre manière de faire profession qui prend en compte la nécessité du travail en réseau dans des cliniques aussi complexes que les situations de suspicion de maltraitance infantile.

L'existence de cette traversée intégrative empruntée par les généralistes amène à nous intéresser aux actions ou aux compétences spécifiques qui s'y développent et donc aux manières dont on peut soutenir les médecins. Ces actions semblent s'orienter vers l'enfant, vers sa famille ou vers les

autres services psycho-médico-sociaux et sont de différents types : le maintien d'un état de vigilance, le soutien des familles, le coaching des parents, l'apport de soins adéquats à l'enfant et la collaboration avec d'autres services (par exemple les centres PMS, les SPSE, les équipes

” En effet, s'il est déjà difficile pour les médecins généralistes de parler de la maltraitance, redoutant les conséquences pour l'enfant et pour la relation à la famille, mais également de la nommer auprès d'instances spécialisées (une demande qui en dit long sur ce qu'il est possible de nommer), on comprend qu'il restera difficile pour le généraliste de faire appel au médecin légiste qui, par son titre, fait référence à un cadre légal et fera donc exister officiellement la maltraitance. ”



SOS Enfants,...) (Woodman et al., 2013). Si ces actions ne paraissent pas éloignées du travail quotidien des généralistes à l'égard d'autres problématiques (ex. maladie chronique), elles mettent en exergue la maîtrise de compétences médicales dites de base : gestion de l'incertitude, démarche diagnostique, communication médecin-patient, travail interdisciplinaire (Woodman et al., 2013). Les résultats de notre recherche contribuent à situer ces actions et ces compétences dans le processus de décision complexe emprunté par les généralistes lorsqu'ils sont confrontés à une situation de suspicion de maltraitance infantile non urgente.

Pour soutenir les professionnels de santé dans le diagnostic et la prise en charge des situations de maltraitance infantile, des études suggèrent l'utilisation de procédures standardisées et de guidelines et la formation des professionnels de la santé (Gilbert et al., 2009). Bien que nécessaire, les preuves d'efficacité de ces mesures en pratique clinique de première ligne semblent insuffisantes, ce qui limite leur utilisation à ce jour. En effet, les procédures standardisées (formulaire et checklists) manquent de spécificité (Bailhache et al., 2013), l'adhérence aux guidelines semble faible (Konijnendijk et al., 2014) et il n'existe pas de preuve de répercussions concrètes des formations en pratique clinique malgré des résultats prometteurs dans les autoévaluations des médecins (Carter et al., 2006). Si la formation est considérée comme

un des piliers pour la prévention de la maltraitance infantile, beaucoup de médecins ont eu peu ou pas de formation formelle (Christian, 2008). De manière générale, le cursus universitaire est jugé inadéquat, particulièrement chez les assistants en spécialisation de médecine générale par rapport aux autres spécialités (urgences et pédiatrie) (Starling et al., 2009). Malgré l'absence d'un modèle de référence pour former les médecins, certains critères de qualité existent : des cours se focalisant sur une catégorie spécifique de médecin, une crédibilité grâce à une identité institutionnelle (Christian, 2008), une approche multidisciplinaire, le recours à différents supports pédagogiques (Turner et al., 2107) et l'utilisation de feed-back pendant des exercices de mise en situation (Powell et al., 2008). Ces critères peuvent être complétés par ce que les généralistes attendent de ces formations : une animation réalisée par des agences et des services plus spécialisés (ex. une équipe SOS Enfants), une vision de la prise en charge qui ne se limite pas à l'étape de signalement et une approche centrée sur la pratique avec à la fois des aspects réflexifs et des objectifs concrets (Tompsett et al., 2010).

Les résultats des recherches qualitatives peuvent jouer un rôle dans l'amélioration de la qualité des formations des généralistes. En effet, ces recherches déterminent les actions, les compétences mais également les processus de décision et les freins impliqués dans la prise

en charge de cliniques complexes comme la maltraitance infantile. Il serait donc important d'étudier comment intégrer les résultats de ces recherches dans l'élaboration de programmes pédagogiques ou de formations à la mesure du vécu des généralistes. C'est en suivant cette réflexion qu'un exercice de simulation d'appel téléphonique à une équipe SOS Enfants a été intégré dans le cursus du Master de spécialisation de médecine générale de l'UCLouvain. Cet exercice a été pensé en fonction des difficultés et des leviers identifiés dans la recherche. Il débute par un cas clinique initial où il n'y a pas d'éléments flagrants de maltraitance. Les assistants en médecine générale doivent de ce fait se baser sur un malaise, une intuition, pour débiter leur analyse du cas (Le processus d'éveil silencieux). Cette analyse est réalisée en petit groupe pour que les assistants expérimentent le travail en équipe et la complexité du dialogue qui y a lieu : comment parler de son état de suspicion, de ce qui interpelle ? (Quand la pratique plurielle facilite l'action). Au cours de l'exercice, des informations supplémentaires sur le cas sont progressivement données aux assistants en fonction des questions qu'ils se posent. Ces informations les amènent à s'intéresser à l'importance du contexte de la situation de suspicion de maltraitance (Décodage et relationnalisation du symptôme). Ce faisant, ils explorent le système entourant l'enfant, ce qui permet d'évoquer la place difficile du généraliste face aux familles (Les processus d'iden-

tification et Le choc des systèmes). L'exercice se clôture enfin par une mise en commun des analyses des petits groupes, des diagnostics différentiels et du besoin de se faire aider dans cette situation (Le transfert relationnel). Une simulation d'appel à une équipe SOS Enfants est alors proposée. Cette simulation est réalisée en partenariat avec un membre d'une équipe SOS Enfants qui a l'habitude de faire des permanences. Le contact téléphonique finalise bien l'exercice car il oblige la réalisation délicate d'un résumé du cas afin de se faire comprendre par un interlocuteur extérieur en nommant toutes les observations et le degré de suspicion de maltraitance (Quand contacter le réseau officiel fait exister la maltraitance). Est-ce une perspective susceptible d'améliorer les compétences des généralistes ? Jusqu'à les amener à développer une posture réflexive sur ces prises en charge délicates ? Cette posture réflexive permettrait au professionnel de s'engager en conscience dans la traversée intégrative proposée dans cette étude pour accueillir, comprendre et supporter les enjeux qu'ils rencontrent afin d'améliorer le vécu de ces situations.



LIMITES

Cette étude a tenté de décoder le vécu des généralistes confrontés à des situations de suspicion de maltraitance pour en extraire une théorie sur ce qui compose leur intervention. Les résultats doivent cependant être interprétés à la lumière de certaines limitations. La récolte d'informations par des entretiens individuels est une méthode indiquée lorsque le sujet exploré est délicat ou sensible. Toutefois, l'organisation de focus groupes en complément des entretiens aurait pu trianguler et enrichir l'information récoltée. Le nombre relativement restreint de participants n'a pas permis d'atteindre la saturation des données. La saturation des données est le moment où un entretien supplémentaire n'apporte plus de nouvelles informations par rapport aux précédents. Il est donc probable que des entretiens supplémentaires auraient précisé et raffiné certaines

CONCLUSION

La méthode de recherche par théorisation ancrée a permis une mise en relief des processus impliqués dans la prise en charge des situations de suspicion de maltraitance infantile non urgentes en médecine générale. La traversée intégrative dans laquelle le médecin s'engage face à ces situations implique en effet quatre catégories qui sont : S'éveiller sans bruit, Mettre en relation pour lever le voile, On n'est pas pote, Une demande d'aide qui en dit long sur ce qu'il est possible de nommer. Celles-ci soulèvent, cha-

catégories ou propriétés. Enfin, le choix de se focaliser sur les perceptions et les sensations des généralistes limite naturellement la description de ces prises en charge. Les situations de maltraitance infantile impliquent en général de nombreux acteurs différents du système de soin. S'il semble important d'analyser les pratiques individuelles pour les améliorer, ceci doit se faire aussi dans une perspective de mise en relation pour comprendre comment les pratiques collectives prennent place et fonctionnent sur le terrain. La compréhension de ces pratiques collectives, à travers les processus et les enjeux qu'elles renferment, est primordiale pour améliorer la prise en charge des situations de suspicion de maltraitance. L'étude présentée dans cet article conceptualise, schématise et modélise une pratique individuelle qui s'inscrit en réalité dans un travail de réseau.

cune à leur niveau, des difficultés que la pratique de médecine générale rencontre dans ces situations et qui sont autant d'enjeux qu'il est nécessaire de comprendre et d'intégrer pour soutenir l'action des généralistes. Des formations adaptées aux médecins généralistes et s'appuyant sur les enjeux mis en évidence par les recherches qualitatives pourraient aider adéquatement les généralistes dans leur pratique.



ANNEXES :

Figure II : Tableau de profils des participants

	Médecin 1	Médecin 2	Médecin 3	Médecin 4	Médecin 5	Médecin 6
Genre	Homme	Homme	Homme	Femme	Homme	Femme
Expérience	< 5 ans	20 ans <	10 - 15 ans	< 5 ans	5 - 10 ans	20 ans <
Pratique	Association	Solo	Maison médicale	Maison médicale	Maison médicale	Maison médicale
Pratique ONE	Non	Non	Oui	Non	Oui	Oui
Maître de stage	Non	Oui	Oui	Non	Oui	Oui
Localisation	Brabant-Wallon, milieu urbain	Brabant-Wallon, village	Wallonie (Ouest), milieu urbain	Bruxelles	Wallonie (Sud), milieu rural	Bruxelles

Figure III : Processus d'analyse d'un extrait d'entretien

« C'est d'ailleurs difficile à aborder en consultation. Les gens n'en parlent pas. Je pense qu'il y a beaucoup plus de cas que ce que l'on ne voit vraiment. »

Étiquette

« On ne me demande rien »

Cette étiquette révélatrice d'un phénomène plus grand a été sélectionnée et reformulée pour devenir une propriété pouvant regrouper différents extraits d'entretiens.

Propriété

« La non demande »

Cette propriété a enfin été associée à d'autres propriétés pour progressivement définir une catégorie conceptuelle.

Catégorie

« S'éveiller sans bruit »



RÉFÉRENCES

- Bailhache, M.; Leroy, V. ; Pillet, P. & Salmi, L.-R. (2013). Is early detection of abused children possible? : a systematic review of the diagnostic accuracy of the identification of abused children. *BMC Pediatrics*, 13: 202-212.
- Bartelink, C.; van Yperen, T. & ten Berge, I. (2015). Deciding on child maltreatment: A literature review on methods that improve decision-making. *Child Abuse & Neglect*, 49: 142-153.
- Baudart ; Cabay ; Corman ; De Maere ; Demarteau ; Dewulf ; Dogne, Druant, Gengoux, Gobin, Gougnard, Grosjean, Hansen, Jacquet, Janssens, Jeusette, Karler, Margraff, Mesbahi & Miessen. (2010). *Que faire si je suis confronté à une situation de maltraitance d'enfant ? M'appuyer sur un réseau de confiance*. Retrieved from https://www.one.be/fileadmin/user_upload/siteone/PRO/Brochures/Que-faire-si-je-suis-confronte-a-une-situation-de-maltraitance-d-enfant.pdf
- Buckingham, E. T. & Daniolos, P. (2013). Longitudinal outcomes for victims of child abuse. *Curr Psychiatry Rep*, 15(2): 342-348. doi:10.1007/s11920-012-0342-3
- Carter, Y. H.; Bannon, M. J.; Limbert, C.; Docherty, A. & Barlow, J. (2006). Improving child protection: a systematic review of training and procedural interventions. *Arch Dis Child*, 91(9): 740-743. doi:10.1136/adc.2005.092007
- Christian, C. W. (2008). Professional education in child abuse and neglect. *Pediatrics*, 122 (S1): 13-17. doi:10.1542/peds.2008-0715f
- Dekker, N.; Smets, K.; Kaïret, K. & Peremans, L. (2014). *Recommandations de Bonne Pratique: Maltraitance infantile*. Société Scientifique de Médecine Générale (SSMG). https://www.ssmg.be/wpcontent/images/ssmg/files/PDF/RBP_maltraitance_infantile_2014.pdf
- Gilbert, R.; Kemp, A.; Thoburn, J.; Sidebotham, P.; Radford, L.; Glaser, D. & MacMillan, H. L. (2009). Recognising and responding to child maltreatment. *The Lancet*, 373(9658): 167-180. doi:10.1016/s0140-6736(08)61707-9
- Glaser, B. G. & Strauss, A. L. (1967). *The discovery of grounded theory*. Chicago. Aldine Publishing
- Flaherty, E. G.; Sege, R. D.; Griffith, J.; Price, L. L.; Wasserman, R.; Slora, E.; ... Binns, H. J. (2008). From suspicion of physical child abuse to reporting: primary care clinician decision-making. *Pediatrics*, 122(3), 611-619. doi:10.1542/peds.2007-2311
- Konijnendijk, A. A.; Boere-Boonekamp, M. M.; Haasnoot-Smallegange, R. M. & Need, A. (2014). A qualitative exploration of factors that facilitate and impede adherence to child abuse prevention guidelines in Dutch preventive child health care. *J Eval Clin Pract*, 20(4): 417-424. doi:10.1111/jep.12155
- Lebrun, J.-P. (2005). Engagement, décision et acte. Dans Cartuyvels, Y.; Collin, F.; de Munck, J.; Mugnier, J.-P.; Sauret, M.-J. & Lebrun, J.-P. (2005). *Engagement, décision et acte dans le travail avec les familles*. Bruxelles, Coordination de l'aide aux victimes de Maltraitance. <https://www.yapaka.be/professionnels/publication/engagement-decision-et-acte-dans-le-travail-avec-les-familles-yves-cartuy>
- Lejeune, C. (2014). *Manuel d'analyse qualitative. Analyser sans compter ni classer*. Louvain-la-Neuve, De Boeck.
- Makaroff, L. A. ; Xierali, I. M. ; Petterson, S. M. ; Shipman, S. A. ; Puffer, J. C. & Bazemore, A. W. (2014). Factors influencing family physicians' contribution to the child health care workforce. *Ann Fam Med*, 12(5), 427-431. doi:10.1370/afm.1689
- Paillé, P. (1994). L'analyse par théorisation ancrée. *Cahiers de recherche sociologique*, 23: 147-181.
- Powell, M. B.; Fisher, R. P. & Hughes-Scholes, C. H. (2008). The effect of intra-versus post-interview feedback during simulated practice interviews about child abuse. *Child Abuse & Neglect*, 32: 213-227. doi:10.1016/j.chiabu.2007.08.002

- Regnaut, O. ; Jeu-Steenhouwer, M. ; Manaouil, C. ; & Gignon, M. (2015). Risk factors for child abuse: levels of knowledge and difficulties in family medicine. A mixed method study. *BMC Res Notes*, 8: 620-625. doi:10.1186/s13104-015-1607-9
- Shahhosseini, Z. & Azizi, M. (2017). Challenges of reporting child abuse by healthcare professionals: A narrative review. *Journal of Nursing and Midwifery Sciences*, 4(3): 110-116. doi:10.4103/jnms.Jnms_3_17
- Starling, S. P., Heisler, K. W., Paulson, J. F., & Youmans, E. (2009). Child abuse training and knowledge: a national survey of emergency medicine, family medicine, and pediatric residents and program directors. *Pediatrics*, 123(4): e595-602. doi:10.1542/peds.2008-2938
- Tompsett, H.; Ashworth, M.; Atkins, C.; Bell, L.; Gallagher, A.; Morgan, M.; Neatby, R. & Wainwright, P. (2010). *The Child, the Family and the GP: Tensions and conflicts of interest in safeguarding children*. Kingston University, St Goerges University of London. <https://eprints.kingston.ac.uk/id/eprint/21149/1/Tompsett-H-21149.pdf>
- Turner, W.; Hester, M.; Broad, J.; Szilassy, E.; Feder, G.; Drinkwater, J.; Firth, A. & Stanley, N. (2017). Interventions to Improve the Response of Professionals to Children Exposed to Domestic Violence and Abuse: A Systematic Review. *Child Abuse Rev*, 26(1): 19-39. doi:10.1002/car.2385
- Vinck I., C. W., Jonckheer P., Veereman G., Kohn L., Dekker N., Peremans L., Offermans A-M., Burzykowska A., Roland M. (2016). *Comment améliorer la détection de la maltraitance infantile ? – Synthèse*. Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_269Bs_Maltraitance_infantile_en_Belgique_0.pdf
- Woodman, J.; Gilbert, R.; Allister, J.; Glaser, D. & Brandon, M. (2013). Responses to concerns about child maltreatment: a qualitative study of GPs in England. *BMJ Open* : 3 :1-13. doi:10.1136/bmjopen-2013-003894
- World Health Organisation. (1999). *Report of the consultation on child abuse prevention* (Document WHO/HSC/PVI/99.1). Retrieved from <https://apps.who.int/iris/handle/10665/65900>

VIGNETTE CLINIQUE

QUELLE CONTINUITÉ ENTRE LE TRAVAIL EN CONSULTATION PRÉNATALE ET EN CONSULTATION POUR ENFANTS ? LE RECIT D'UN ACCOMPAGNEMENT, PAS A PAS AU SEIN DU CHU SAINT-PIERRE DE BRUXELLES

Deniz Koçak, ancienne PEP's ONE au CHU Saint-Pierre de Bruxelles, en collaboration avec Françoise Dubois, Référente maltraitance ONE à Bruxelles.

LE CADRE DE L'INTERVENTION

L'ONE (Office de la Naissance et de l'Enfance) propose une série de services gratuits aux futurs parents et aux parents, dont les consultations prénatales (hospitalières ou de quartier) et pour enfants.

Le rôle des structures prénatales est de veiller au bon déroulement de la grossesse, à la santé de la future mère et du fœtus (dépistage et prévention des risques de prématurité, de maladies et d'autres assuétudes, lutte contre le tabagisme...). Cet accompagnement prénatal vise à réduire la mortalité et la morbidité maternelle et infantile, à préparer les futures mères à l'accouchement, à l'arrivée du bébé et à l'allaitement maternel pour celles qui le souhaitent.

Les consultations pour enfants permettent aux parents de bénéficier d'un suivi psychomédicosocial préventif pour leurs enfants.

Intervenant tant en période pré que postnatale ¹, le PEP's (partenaire enfants-parents) travaille en collaboration avec le gynécologue ou la sage-femme, et accompagne les futurs parents, les informe, conseille et oriente selon leurs besoins et pré-occupations. Il met en évidence et renforce les compétences parentales en fonction de la réalité de chaque situation.

” Un des objectifs de l'action du PEP's est d'accompagner et de soutenir les futurs parents avec une attention particulière pour les familles vulnérables. ”

Pour compléter ce travail, les PEP's de l'ONE effectuent des visites à domicile. C'est un moyen d'observation, d'information et de communication qui permet de se centrer sur les besoins, le vécu, les émotions des familles.

Un des objectifs de l'action du PEP's est d'accompagner et de soutenir les futurs parents avec une attention particulière pour les familles vulnérables ², afin de mettre en place un suivi renforcé, c'est-à-

1 *Le PEP's qui suit les futurs parents en prénatal diffère de celui qui accompagne la famille en postnatal.*

2 *La vulnérabilité s'apprécie du point de vue pécuniaire, administratif, médical, sanitaire, social, culturel et psychologique.*



dire un soutien plus intensif pour les familles fragilisées.

Il semble important de souligner que l'intégration de la consultation au sein du CHU Saint-Pierre implique, pour les PEP's, une réalité professionnelle particulière. En effet, l'hôpital Saint-Pierre occupe une position géographique centrale dans Bruxelles, dans un quartier particulièrement défavorisé (personnes en séjour illégal, qui ne sont pas en ordre de mutuelle, qui dépendent du CPAS ³), tout proche du quartier populaire des Marolles, proche du CASU⁴, de la gare du Midi...

Cette population fragilisée se présente - ou est orientée par d'autres hôpitaux ou services sociaux - au CHU Saint-Pierre qui dispose d'équipes spécifiques (l'asbl

Aquarelle, pour la prise en charge des futures mères en séjour illégal, *Parentalité -Addictions* pour la prise en charge des futures mères toxicomanes, *SOS Enfants* pour la prévention et la prise en charge de la maltraitance infantile et le *CETIM* pour la prise en charge des personnes séropositives).

Le PEP's est confronté à une concentration importante de situations sensibles, qui nécessitent une grande disponibilité, un important travail en réseau ⁵, une prise en charge spécifique, en plus des missions *traditionnelles* de l'ONE. Il est donc amené à recevoir des familles se présentant à lui sans rendez-vous, pour des questions sociales, de détresse psychologique...

LA SITUATION ⁶

Madame S., 33 ans, de nationalité algérienne, est enceinte. Elle est mariée à Monsieur E., 52 ans, d'origine marocaine et de nationalité allemande. Ils sont en Belgique depuis octobre 2015. Ensemble, ils ont déjà un garçon âgé d'un an, prénommé Nourdine. Monsieur a 3 enfants d'une première union, qui vivent avec leur mère en Allemagne.

Ici, le couple est fort isolé. Madame, tout particulièrement. Monsieur travaille, tandis que Madame est mère au foyer, malgré son diplôme en psychologie décroché en Algérie.

³ Centre public d'action sociale.

⁴ La Cellule d'Action Sociale Urgente (CASU) vise à donner un accompagnement approprié aux personnes sans-abri.

⁵ Ces familles viennent d'initiative ou se présentent à l'ONE sur conseil d'autres intervenants intra ou extra hospitaliers, ce qui amène le PEP's à tisser avec ces derniers des liens de collaboration.

⁶ Les éléments de contexte ont été volontairement modifiés afin de préserver l'anonymat de la famille accompagnée. L'histoire de la prise en charge a été synthétisée, tous les temps de rencontre ne sont pas repris. J'ai repris les plus saillants pour tirer les enseignements de l'accompagnement.



L'ACCOMPAGNEMENT

L'accompagnement prénatal

- C'est durant la fin du deuxième trimestre que je rencontre Madame, son mari et leur fils Nourdine en consultation prénatale hospitalière. Le couple est charmant, souriant, complice. Cependant, Madame m'explique qu'elle est en dépression, qu'elle a arrêté son traitement en début de grossesse mais qu'elle gère la situation. Nourdine semble aller bien. Je propose un suivi pour lui dans une consultation pour enfants, ce que Madame accepte avec enthousiasme. Je lui donne mes coordonnées ; elle peut me joindre si elle a envie de parler ou pour toute question. Je lui propose un prochain rendez-vous, chez le gynécologue.
- La suite de l'accompagnement montrera une évolution de la situation en dents de scie pour Madame. Ceci prend tout son sens lorsqu'on peut lire que **la grossesse et la naissance sont des moments de déstabilisation, donc de risque mais aussi de ré-organisation salubre autour de solidarités nouvelles** (R. Vander Linden, L. Roegiers, p.5). C'est ce que je propose d'aborder, de manière non exhaustive, à partir de quelques moments forts de ma prise en charge.
- Une semaine après notre première rencontre, Madame me téléphone. Elle dit ne pas se sentir bien, n'avoir pas dormi de la nuit. Elle ajoute avoir giflé son

fils qu'elle ne supportait plus, ce qu'elle regrette.

Je valorise son appel, l'écoute et lui propose de la voir rapidement. Je m'assure qu'elle n'est pas seule avec l'enfant et lui suggère de s'appuyer sur la présence de son mari pour se reposer. Nous fixons un rendez-vous le lendemain matin.

Lors de cette prochaine rencontre, Madame parlera rapidement de son passé, de la maltraitance physique que sa mère et son frère lui ont fait subir, de l'image négative qu'elle a d'elle-même et de son doute quant à sa capacité d'être une bonne mère. Elle sent son mari s'éloigner d'elle sans avoir prise sur cette situation et se dit déstabilisée depuis qu'elle a arrêté ses antidépresseurs.

Aider la femme enceinte à gérer ses émotions contribue à lui permettre de progresser, à éviter qu'elle ne se referme sur ses émotions parfois douloureuses.

- Un mois s'est écoulé et Madame apparaît souriante lors de nos rencontres. Elle dit aller beaucoup mieux. Un psychiatre la suit régulièrement. Elle veut chercher une crèche pour Nourdine et le futur bébé et souhaite entamer une formation professionnelle. D'autre part, elle a pris contact avec la consultation pour enfants. Je lui propose une visite à son domicile pour poursuivre mon travail d'information autour de



l'accouchement et avoir un peu plus de temps pour me poser à ses côtés.

Madame se dit contente du travail qu'elle débute avec moi. Elle m'explique qu'avant mon accompagnement, elle culpabilisait. Elle apprécie que je mette les points sur les i sans la juger. *Je commence à avoir de l'estime et de la confiance en moi, ajoute-t-elle.*

Certaines femmes se sentent plus vulnérables pendant la grossesse. La particularité de notre travail est de leur offrir une disponibilité qui sera la base d'un accompagnement à construire au départ de la situation, de leur vécu et des émotions qu'elles pourront poser au cœur de nos entretiens.

C'est au départ de la qualité de cette rencontre, qu'on imagine que la femme enceinte pourra s'appuyer pour s'ouvrir à des changements qui lui permettront de développer et d'explorer d'autres possibilités d'être et de devenir.

Dans ce sens, une politique de soutien à la parentalité doit

” La particularité de notre travail est de leur offrir une disponibilité qui sera la base d'un accompagnement à construire au départ de la situation, de leur vécu et des émotions qu'elles pourront poser au cœur de nos entretiens. ”

d'abord prendre les parents au sérieux, s'interroger sur la manière dont ils définissent leur rôle plutôt que décliner ce qu'ils devraient être ou faire (C. Martin, 2003, p. 35). Cette parentalité s'appuie sur le processus de devenir parent. Elle se joue donc déjà bien avant la naissance de l'enfant. La parentalité peut se définir comme l'ensemble des représentations, des affects et des comportements

du sujet en relation avec son ou ses enfants, que ceux-ci soient nés, en cours de gestation ou non encore conçus (S. Stoleru, M. Morales-Huet, p. 49).

- Peu de temps avant la naissance de sa fille, Madame se présente spontanément à mon bureau les yeux gonflés. D'entrée de jeu, elle m'explique qu'elle a juste besoin de parler et fond en larmes. J'accueille ses pleurs. Après quoi, elle me fait part de sa grande culpabilité d'avoir confié, ce jour-là pour la première fois, son fils à la crèche. Je tente de la renforcer et de lui faire prendre conscience de la place qu'elle occupe auprès de Nourdine depuis sa naissance, de mettre en exergue tout ce qu'elle a déjà pu lui apporter. *Je sens Madame soulagée et rechargée* à la sortie de l'entretien.



En tant que PEP's, il est important de pouvoir adapter la rencontre au vécu de la personne, pouvoir repartir de l'ici et maintenant. Pour cela, il est nécessaire de pouvoir accueillir et comprendre les propos de la femme, accueillir ses silences qui sont souvent perçus comme désagréables mais qui permettent de retrouver le fil de ses pensées puisqu'elle est parasitée par ses émotions, et de pouvoir supporter les pleurs qui lui permettent de se libérer.

Le temps de la naissance

- Madame accouche par césarienne, en urgence, pour souffrance fœtale. Dans l'heure qui suit l'accouchement, je suis informée de la naissance de sa fille.
- Je lui rends visite quelques jours plus tard à la maternité. La petite Sherida est en bonne santé, j'observe le lien que sa maman tisse avec elle. Madame m'apparaît en forme, pas du tout déprimée. Elle souhaite m'accueillir à son domicile dès sa sortie de maternité. Je comprends par-là son besoin d'être écoutée, de pouvoir se confier et d'être rassurée, tant sur sa place de femme que dans son rôle de mère.
- Le lendemain, la maman quitte la maternité avec ses deux enfants. Le papa est présent et semble soutenant.

Envisager le relais et la suite de l'accompagnement

Signalons que depuis une première rencontre organisée entre Madame et la PEP's de consultation pour enfants au début de ma prise en charge, une relation s'est nouée entre elles. Des contacts réguliers sont pris : Madame interpelle volontiers ma collègue concernant son fils, Nourdine. Elle parle cependant toujours plus facilement d'elle-même avec moi, même après la naissance de Sherida.

” Le réseau est important, il permet de ne pas prendre les décisions seul, d'ouvrir des champs de réflexion et de prendre du recul. ”

La question du relais entre moi, PEP's prénatale, et la PEP's de la consultation se pose alors. Plus globalement, cette question renvoie au réseau à construire et à tisser avec cette maman pour la prise en charge postnatale, réseau qui diffère du réseau prénatal.

Le réseau est important, il permet de ne pas prendre les décisions seul, d'ouvrir des champs de réflexion et de prendre du recul. Il est en outre un incontournable nécessaire pour passer le relais. En effet, il convient de tisser un réseau cohérent et rassurant entre professionnels en contact avec la femme, à partir duquel celle-ci, son couple et les professionnels entre eux puissent expérimenter de nouvelles relations mettant en perspective ce qu'ils seront amenés à vivre avec l'enfant à venir (C. Martin, 2003, p. 33).



En outre, lorsque l'histoire d'une femme, d'un homme n'a été parsemée que de ruptures, de pertes, de rejets, d'indifférence, de trahison... oser engager sa confiance représente aussi un risque pour cette personne. Le travail d'accompagnement prénatal est donc capital (C. Martin, 2003, pp. 33-34). Ici s'illustre parfaitement la difficulté pour Madame de se confier à d'autres professionnels, puisque arriver à m'accorder sa confiance a pu être particulièrement éprouvant pour elle.

Après avoir abordé la situation en réunion hebdomadaire entre PEP's, je fais le point avec la référente maltraitance⁷ pour réfléchir à la continuité de l'accompagnement de cette maman et à la place singulière que je peux continuer à occuper auprès d'elle.

A l'issue de cette rencontre, je décide de proposer à Madame et elle accepte :

- la mise en place d'un suivi psychothérapeutique au départ d'un centre de santé mentale proche de chez elle ;
- une rencontre avec elle et ma collègue en consultation pour enfants (qui assurera le suivi de Sherida) afin de clôturer mon intervention. Je parle avec la maman des éléments de mon accompagnement qu'il nous semble opportun et important de transmettre à ma collègue.

Je réalise quand même une première visite à domicile suite à la naissance de Sherida, le 22 mars, jour où Bruxelles subit des attentats ! Je retrouve Madame choquée par ce qui se passe dans la ville. Elle pensait que je ne viendrais pas. Sherida va bien. Mais je comprends que Madame a besoin d'être reconnue comme mère, entendue dans ses souffrances antérieures qu'elle exprime alors ; elle me parle notamment de sa relation avec sa propre mère et des manquements qu'elle a connus dans son enfance. *Je me sens seule au monde*, me confie-t-elle. Elle me dit sa peur de sombrer dans la folie et la chance qu'elle a de m'avoir rencontrée. Elle conclut en affirmant vouloir s'en sortir.

Je comprends que la qualité de la relation que nous avons construite est le support qui peut soutenir, à ce moment-là, son image de (bonne) mère. Je lui reparle de l'intérêt de pouvoir revenir sur ce vécu dans le cadre d'un suivi psychothérapeute et lui dis ne pas être suffisamment outillée pour avancer avec elle à ce niveau. Madame me demande les coordonnées d'un centre à contacter.

La notion de parentalité se réfère toujours à un processus, le « devenir parent ». Ce développement traverse l'enfance, l'adolescence et l'âge adulte, et conjugue indissociablement une histoire adaptative biologique unique et des interactions

⁷ Les référents maltraitance offrent un espace de soutien aux partenaires enfants-parents. Et ce, sans aucun lien hiérarchique. Grâce à leur connaissance du réseau d'aide dans la zone au sein de laquelle ils travaillent, ils sont en mesure d'intervenir rapidement lorsqu'ils sont sollicités pour un conseil, un avis ou simplement de l'aide.



avec un environnement social et culturel spécifique (S. Missionnier, C. Robineau, 2008, pp. 45-46).

Sur le pas de la porte, elle m'arrête et me demande : *Dans le fond, c'est quoi pour vous être une bonne mère ? Après quelques secondes d'hésitation, je lui réponds : C'est de pouvoir encore avoir de l'amour dans son cœur et en donner à son enfant, malgré tout ce qu'on a vécu dans son enfance. Plus tard, Madame reviendra plusieurs fois sur ma réponse.*

Un mois plus tard, nous nous retrouvons au domicile familial, ma collègue PEP's en consultation pour enfants et moi-même. Madame m'apparaît transformée : soignée et épanouie. *Je me sens femme me dit-elle. J'assure le relais auprès de ma collègue et j'explique à Madame que mon accompagnement va s'arrêter là.*

EN CONCLUSION

Je conclus que :

- C'est par la qualité de sa présence et de son écoute que le PEP's permet aux personnes de se confier et d'établir, éventuellement, une relation de confiance. Où situer dès lors l'accompagnement ? A côté des familles, pour permettre une élaboration conjointe de leurs vécus, au départ de leurs réalités.

Pour la plupart des femmes *en difficultés*, l'attention que nous leur

Le lendemain, Madame se présente spontanément à ma consultation et me témoigne son besoin de savoir qu'elle peut garder contact avec moi. Je re précise le contenu de l'accompagnement de ma collègue mais lui dis que, si elle est vraiment en besoin de m'appeler, elle peut le faire...

J'en parle avec la Référente maltraitance qui me conforte dans l'idée que quelque chose d'important se joue probablement là pour cette maman, en lien avec son vécu d'abandon. Elle ajoute qu'il serait probablement inutile et contre-productif de vouloir à tout prix imposer une rupture à ce moment-là.

Depuis lors, et jusqu'à ce jour, Madame ne m'a plus jamais contactée.

portons leur ouvre la possibilité de se sentir pour la première fois de leur vie au centre d'une attention bienveillante. Ceci peut expliquer leur attachement à nous, les professionnels. Il me semble important de tout mettre en œuvre pour pouvoir offrir cette stabilité relationnelle à ces mamans.

” Où situer dès lors l'accompagnement ? A côté des familles, pour permettre une élaboration conjointe de leurs vécus, au départ de leurs réalités. ”

Notre capacité à ajuster notre offre d'accompagnement aux situations rencontrées, à nous autoriser à ressentir la singularité des liens particuliers qui se créent dans la



confiance, encourage les familles à accepter leurs besoins, à nous en faire part. On a souvent tendance à demander aux familles de s'adapter à notre réalité de travail alors qu'il nous revient, à nous professionnels, de nous adapter aux familles. Ici, en permettant à cette dame de continuer de m'appeler, il ne s'agissait pas de lui donner une autorisation, mais de lui ouvrir la possibilité de continuer à penser que ses besoins peuvent être rencontrés. La dualité qui se joue entre la reconnaissance de sa réalité, de son besoin d'éventuellement pouvoir poursuivre l'interaction et l'idée du refus que j'aurais pu lui opposer va lui permettre de continuer à se penser.

- Les familles s'adressent au PEP's qu'elles connaissent, proche d'elles, en qui elles ont confiance. Il appartient au PEP's, à travers cette relation de qualité, d'amener les parents à penser la construction ou la mobilisation d'un réseau autour d'eux, sur lequel ils vont pouvoir s'appuyer. C'est la qualité de l'échange qui va permettre de passer ce relais.
- Dans ce travail d'accompagnement et de repérage des ressources tant intérieures qu'extérieures à chaque future mère, le PEP's établit un lien singulier, reconnaît et renforce les compétences parentales.

- Il est important pour le PEP's de se donner des temps de réflexions réguliers avec des tiers (le Référent maltraitance, en supervision, en réunion d'équipe...) pour ajuster son accompagnement au rythme des familles et poser les limites de son intervention. Ces temps d'analyse réflexive doivent aussi lui permettre de rester intègre dans sa fonction.
- La prévention postnatale n'a de sens que si elle comprise dans une globalité, incluant la période périnatale de la parentalité. Il s'agit d'appréhender le post-partum à la lumière du prénatal (S. Missionnier, C. Robineau, 2008). L'intérêt de cette prévention est de pouvoir explorer précocement les forces, les compétences et les fragilités. En outre, *la prévention et la parentalité ont une frontière commune : l'anticipation. Une stratégie humaniste de prévention cherche à éviter l'actualisation d'un risque potentiel, de même qu'un parent « suffisamment bon » tente de prévenir la survenue d'une dysharmonie développementale. Cette communauté fonctionnelle illustre bien la convergence naturelle des préventions institutionnelles et parentale lors d'une période charnière où la créativité et la vulnérabilité sont transitoirement amplifiées chez tous les acteurs en présence* (S. Missionnier, C. Robineau, 2008, p. 56).



RÉFÉRENCES

- MARTIN C., *La parentalité en question. Perspectives sociologiques. Rapport pour le Haut Conseil de la Population et de la Famille*, Paris, avril 2003.
- MISSIONNIER S., ROBINEAU C., « La prévention de la maltraitance en périnatalité », in BRACONNIER A., GOLSE B., *Bébés agressifs, bébés agressés*, Erès « 1001 bébés », 2008.
- STOLERU S., MORALES-HUET M., *Psychothérapies mère-nourrisson dans les familles à problèmes multiples*, Paris, PUF, 1989, p. 49.
- VANDER LINDEN R., ROEGIERS L. *Prévenir les troubles de la relation autour de la naissance*, Bruxelles, Communauté française, Yapaka : Temps d'arrêt.

FAIRE FAMILLE AU TEMPS DU CONFINEMENT. QUELQUES POINTS DE REPÈRE.

Sophia Mesbahi

Gestionnaire de projets au sein du Service SOS Enfants

Que l'on soit professionnel, futur parent, parent d'ados ou d'enfants en bas âge, comment appréhende-t-on un événement aussi inédit qu'un confinement ? Comment, comme professionnel, rencontre-t-on les différentes exigences qu'une telle situation requiert et impose aux parents ? Et comment jongle-t-on avec ces nouvelles réalités sans pouvoir compter sur d'autres adultes bienveillants, voire sur des professionnels ?

Dans ce numéro de Temps d'Arrière, Daniel Coum nous offre quelques points de repère pour penser le rôle de la famille au temps du confinement.

Puisqu'il ne s'agit pas ici de synthétiser cet ouvrage mais « de donner envie », de vous inciter à le lire, je vais m'en tenir aux conseils pratiques évoqués par Daniel Coum pour organiser et donner sens au confinement. Rassurez-vous, pas de recettes toutes prêtes, de suggestions farfelues ou de baguette magique ! Le propos est réaliste et tient compte du fait que chaque situation familiale, chaque enfant doit être traité au cas par cas. Il s'agit plutôt d'aider les parents, dans le champ familial et privé, et les professionnels, dans le champ de leur profession, à se positionner en acteur de l'élaboration des solutions.

On découvre ainsi trois grands principes qui peuvent aider à percevoir le confinement comme une solution à un problème plutôt que de le subir comme une contrainte incomprise (Coum, 2020, p. 17). Pour ce faire, une proposition consiste à structurer à la fois l'espace, le temps et les relations.

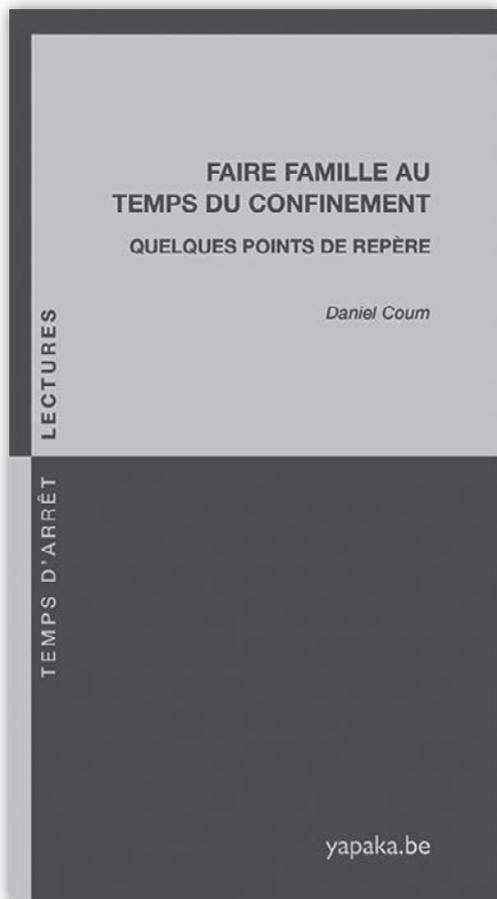
L'espace ... Pour éviter un huis clos familial contraint et forcé, on essaiera autant que faire se peut d'alterner des moments partagés dans les espaces communs et ceux vécus en privé. Ces zones de repli et autres lieux de refuge opportuns (Coum, 2020, p. 20) sont d'une importance capitale pour l'enfant comme l'adulte et doivent être respectés par chacun.

Le temps familial et collectif ... Daniel Coum nous propose comme point de repère, Le programme commun. On crée ainsi un rythme, de la répétition et par là même, des habitudes. L'énergie parfois débordante des enfants est ainsi canalisée au même titre que le rythme scolaire cadre le quotidien lorsqu'il n'y a pas de confinement. Chacun devrait se voir rassuré par ces rituels puisqu'ils ont pour but de contenir le quotidien.



Les relations ... Enfin, Coum en vient à la structure des relations et parle de l'importance de maintenir l'adulte dans sa place de pilote dans l'avion (Coum, 2020, p. 22). En tout état de cause, le parent ou l'adulte est le garant du respect des règles. Toutefois, celles-ci peuvent et devraient être élaborées avec les enfants afin de gagner en adhésion. Il s'agit d'ailleurs ici d'une application du principe évoqué ci-dessus, puisque le programme ou les rituels permettent une triangulation de l'autorité entre les adultes et les enfants.

Sans être naïf ou idéaliste face aux nouvelles réalités des familles, cet ouvrage offre, à toutes celles et ceux qui élèvent et encadrent des enfants, une série de clés fort utiles pour traverser le confinement.



RECOMMANDATIONS AUX AUTEURS

Pour la publication dans le Carnet de Notes sur les Maltraitements Infantiles

La revue, Carnet de Notes sur les Maltraitements Infantiles, publie des textes scientifiques en français relatifs à l'enfance maltraitée et ce dans toutes ses dimensions. Il peut donc s'agir de textes touchant au regard sociologique, psychologique, médi-

cal, juridique... Les textes viseront à faire le lien entre la recherche ou la théorie et la pratique ou, inversement, à susciter ou proposer des questions de recherches issues du terrain.

LA REVUE PROPOSE 3 RUBRIQUES DISTINCTES :



Article

Il s'agit d'articles de recherche originaux, de rapports de recherche, de réflexions cliniques ou encore de résumés des connaissances empiriques et de leurs applications pratiques, en rapport ou non avec la thématique proposée pour chaque numéro. Il peut également s'agir d'articles précédemment publiés dans une revue non spécifique à la maltraitance ou dans une autre langue que le français et dont la réédition est justifiée par l'intérêt du texte pour les problématiques actuelles ou par une discussion de l'auteur ajoutée *a posteriori*.

Cette rubrique est scindée en deux sous-rubriques : « carnet de recherche » et « carnet clinique ». La distinction vise à différencier les travaux de recherche scientifiques des écrits construits sur base d'une pratique de terrain, par exemple. Pour les articles en langue étrangère, une traduction française est requise.

Les articles ne dépassent pas 15 pages, bibliographie comprise (et peuvent donc être plus courts notamment dans le cas de résumés). Ils sont accompagnés d'un résumé en français et en anglais et de 3 à 5 mots-clés dans les deux langues également.

L'auteur portera son attention aux éléments suivants

■ Titre

Il est clair et concis et met en valeur le contenu de l'article. De plus, il correspond exactement à l'étude/à la démarche clinique.

■ Résumé

Il est rédigé en français et en anglais. Il s'agit d'un condensé de l'ensemble de l'étude/la pratique clinique. La problématique, les fondements théoriques, la méthode, les résultats, la discussion, la conclusion ainsi que les implications doivent y apparaître.

■ **Introduction et revue de littérature**

Dans l'introduction, le but de l'article est clairement énoncé (objectifs et hypothèses). Le sujet est délimité de manière stricte et le plan général est clairement présenté. Les concepts importants sont clairement définis. Il y a un rappel des principales données connues sur le sujet.

La revue de littérature est accessible aux lecteurs. Les allusions aux données connues sont toujours accompagnées de références bibliographiques. La littérature est au service de la réflexion donnée.

■ **Matériel et méthodes**

Article de recherche

Les variables choisies, le plan de recherche, la méthodologie, les instruments de mesure, l'échantillon/la méthode d'échantillonnage, la procédure de collecte des données, le contexte ainsi que les méthodes d'analyse statistiques sont décrits.

Article clinique

Le dispositif de prise en charge est énoncé (cadre de travail, population cible..) et ses limites sont identifiées.

■ **Résultats**

Article de recherche

La section se limite à la présentation stricte des résultats et ne contient ni d'opinion, ni de discussion. Les énoncés de résultats sont accompagnés de données précises. Les tableaux et les chiffres sont utilisés efficacement.

Article clinique

Il s'agit d'un regard réflexif sur la pratique clinique : la théorie sert à réfléchir sur la pratique et/ou la pratique sert à développer des éléments théoriques.

■ **Discussion et conclusion**

La discussion/conclusion fait bien ressortir tous les éléments discutables. Elle porte sur les résultats et non sur un autre sujet. Ces résultats sont mis en lien avec la revue de la littérature. Les interprétations et affirmations se basent sur les résultats présentés. L'article suscite de nouvelles questions, amène de nouvelles pistes de travail.

■ **Références**

Chaque source est choisie judicieusement. L'auteur prouve également sa compréhension des sources sollicitées. Les références sont présentées selon les règles .

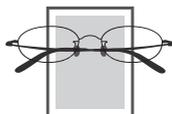
■ **Considérations générales**

Les différentes sections et leur titre sont clairs. La terminologie est uniforme. L'article est abordable. Le style est clair et agréable. Aucune faute d'orthographe n'apparaît. L'article est suffisamment innovant et intéressant pour justifier sa publication.



Vignette clinique

Il s'agit du récit d'une situation clinique et de sa prise en charge visant à rendre compte de la réalité de terrain. Celle-ci doit être en lien avec la thématique du numéro. Le texte doit permettre de rendre compte de la prise en charge plus que d'une élaboration théorique, tout en respectant scrupuleusement l'anonymat. Les vignettes ne dépassent pas 6 pages.



Incitation à...

Il s'agit de rendre compte, en une page maximum, de l'intérêt d'un ouvrage, d'une publication, d'un film, d'une pièce de théâtre... récents dans le domaine de la maltraitance infantile. Ce résumé présentera les grandes lignes de l'œuvre de référence et ce que l'auteur du résumé y a trouvé comme intérêt. Il s'agit donc d'un résumé personnel et nominatif.

RECOMMANDATIONS POUR LA PUBLICATION

Les textes sont rédigés en Times New Roman 12 de simple interligne et sont envoyés en format .doc(x) à l'adresse sos-enfants@one.be. Si le texte est accepté en première lecture par les membres du Comité éditorial, il est analysé sur le principe du Peer Review par au moins deux experts du domaine qui peuvent suggérer à l'auteur des modifications. Pendant toute la durée de l'évaluation, l'anonymat, tant de l'auteur que des lecteurs, est préservé. Quelle que soit la décision, un avis est rendu à l'auteur dans les 3

à 6 mois. En soumettant son texte à la revue *Carnet de Notes sur les Maltraitements Infantiles*, les auteurs lui cèdent leurs droits et marquent leur accord pour une publication papier et électronique en open source.

Sur la première page du texte figure, pour tous les formats, le nom complet des auteurs et leur(s) affiliation(s), les coordonnées complètes du premier auteur considéré comme l'auteur principal et avec qui communique la rédaction.

NORMES BIBLIOGRAPHIQUES

Toute référence à un auteur doit être mentionnée à deux reprises : dans le corps du texte et sous le titre « Références » en fin d'article.

Références dans le texte : dans le texte ne figure que le nom du premier auteur suivi de *et al.* ou les noms des deux auteurs, s'il n'y en a que deux. Les noms sont suivis de l'année de publication, dans l'ordre chronologique s'il y en a plusieurs :

« Cette recherche confirme que le nombre d'homicides sur les très jeunes enfants est en France grandement sous-évalué et que la tendance à la suspicion de maltraitance est beaucoup moins développée qu'elle ne l'est dans d'autres pays (Resnick, 1970; Overpeck *et al.*, 2002) ».

Références en fin d'article : la liste des références est présentée par ordre alphabétique.

Pour les livres, le nom des auteurs est en minuscule, suivi de l'initiale du prénom, de la date de parution, du titre en italique, suivi de la ville et de la maison d'édition :

Romano, H. (2010). *Enfants maltraités, descriptions cliniques, évaluation et prise en charge*. Paris, Fabert.

Aubert, N. ; de Gaulejac, V. (1991). *Le Coût de l'excellence*. Paris, Seuil.

Pour les articles, le nom des auteurs suivi de l'initiale du prénom, de la date de parution, du titre, du nom de la revue en italique, du numéro et des numéros de la première et

dernière page de l'article :

Overpeck, M.D.; Brenner, R.A; Cosgrove, C.; Trumble, A.C.; Kochaneck, K.; MacDorman, M. (2002). National underascertainment of sudden unexpected infant deaths associated with deaths of unknown cause. *Pediatrics*, 109: 274-283.

Resnick, P. (1970). Murder of the newborn: a psychiatric review of neo-naticide. *The American Journal of Psychiatry*, 126 b: 1414-1420.

Deux références d'un même auteur parues la même année sont à distinguer dans le texte et dans la bibliographie comme suit : (2013a) (2013b).

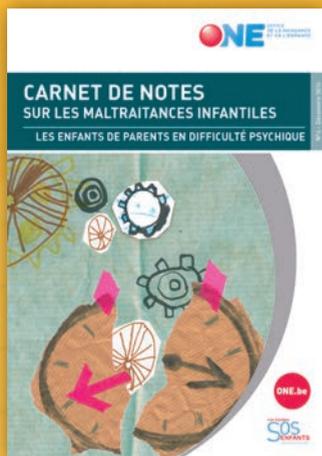
NORMES DE SAISIE

Saisir en italique, sans mettre de guillemets :

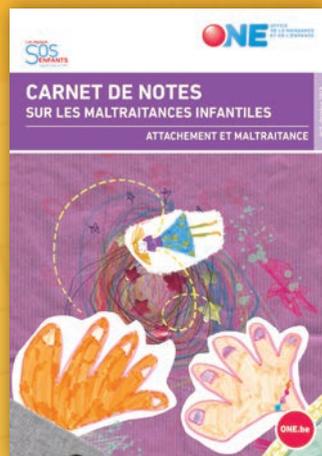
- Les mots que l'on souhaite exceptionnellement faire ressortir.
- L'extrait du discours d'une personne (dans le cas des vignettes cliniques par exemple). Les éléments du contexte ne sont pas en italique.

Les tableaux et les figures sont numérotés en chiffres romains, par ordre d'apparition dans le texte. Leur emplacement doit être précisé dans le texte, entre parenthèses.

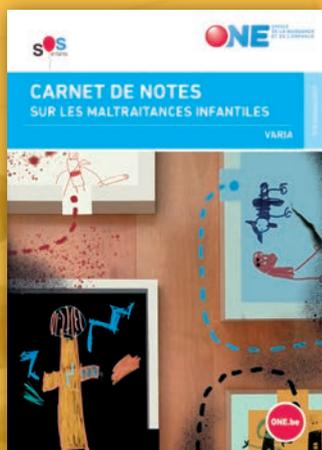
LES DERNIERS NUMÉROS PARUS



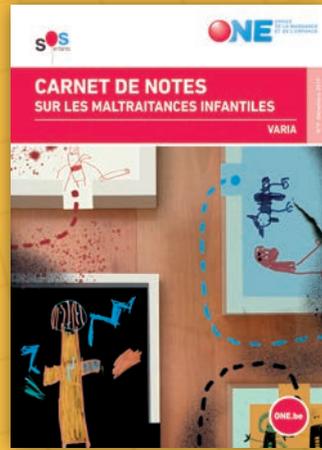
N°6 Les enfants de parents en difficulté psychique



N°7 Attachement et maltraitance



N°8 Varia



N°9 Varia

CARNET DE NOTES SUR LES MALTRAITANCES INFANTILES

EDITEUR RESPONSABLE
Benoît PARMENTIER

RÉALISATION
ONE

DOCBU0001
D/2021/74.80/19
N° ISSN 2295-5518



Chaussée de Charleroi 95 - 1060 Bruxelles
Tél. : +32 (0)2 542 12 11 / Fax : +32 (0)2 542 12 51
info@one.be - ONE.be



Rejoignez-nous sur



ONE.be