

CARNET DE NOTES

SUR LES MALTRAITANCES INFANTILES

Diagnostic et travail social

N°2 - Mai 2013



ONE.be

Les équipes
SOS
ENFANTS
subventionnées par l'ONE

CARNET DE NOTES

SUR LES MALTRAITANCES INFANTILES

Diagnostic et travail social

ONT COLLABORÉ À CE NUMÉRO

Suzanne Aubinet
Olivier Baise
Nicolas Berthelot
Quentin Bullens
Priscilla Cancelliere
Valérie Couteau
Karin Ensink
Amélie Leleu
Christine Monville
Christel Nihoul
Lina Normandin
Jessica Segers

COMITÉ ÉDITORIAL

Quentin Bullens
Déborah Dewulf
Jessica Segers

SOMMAIRE

ÉDITO	04
--------------------	-----------

ARTICLES

Être assistant social au sein d'une équipe SOS Enfants	05
<i>Par Christine Monville et Olivier Baise</i>	
Échecs de mentalisation du trauma	09
<i>Par Nicolas Berthelot, Karin Ensink et Lina Normandin</i>	

VIGNETTE CLINIQUE

Travail à domicile auprès des familles carencées	16
<i>Par Valérie Couteau, Priscilla Cancelliere et Amélie Leleu</i>	

INCITATIONS À LA LECTURE	21
---------------------------------------	-----------

RECOMMANDATIONS AUX AUTEURS	24
--	-----------

NOTES	25
--------------------	-----------

ÉDITO

Ouvrir, encore et toujours plus le champ de la maltraitance infantile...

Après quelques mois de pause « forcée », parce que nous n'avions ni les moyens humains, ni le temps suffisant pour nous y consacrer, la revue se dote d'une nouvelle dynamique. Son développement, et de surcroît, le rayonnement du Carnet de Notes sur les Maltraitances Infantiles n'ont rien d'intuitif et il a fallu, c'est vrai, en redessiner les contours.

Pourquoi une revue sur les maltraitances infantiles ? Cette question qui nous a taraudés ces derniers mois nous a, en réalité, permis de mettre l'accent sur ce qui fait l'intérêt de la revue. Nous nous demandions si choisir un angle d'approche aussi spécifique, ce n'était pas d'emblée nous refuser la contribution de certains professionnels pourtant concernés par la question de l'enfant et de son développement. Nous nous demandions également combien ils étaient à passer leur tour en lisant « appel à contribution sur le thème des maltraitances infantiles », réfutant parfois l'idée qu'il n'existe pas de savoir expert propre à ce champ. Il est vrai, et certains auteurs ne cessent de le rappeler, que l'action dans ce domaine complexe nécessite un certain niveau de connaissances « expertes ». Mais est-ce pour autant que la maltraitance appartient à un seul champ disciplinaire ? Et la difficulté à définir les contours du concept même de maltraitance ne nous autorise-t-il pas justement à ouvrir les frontières invisibles de ce domaine de compétences ?

D'après nous, c'est au travers de ce questionnement que se situe l'intérêt et l'originalité de notre revue : faire de la difficulté à objectiver la notion de maltraitance un levier pour mettre en continuité et parfois confronter des théories ou des points de vue issus de différentes disciplines. Nous voulons, au travers de collaborations diverses, par l'aspect pluridisciplinaire et le caractère international de la revue, démontrer que la maltraitance infantile est quelque part « l'affaire de tous », avec des regards et représentations différents.

Notre ambition, et nous tenons à le rappeler, n'est donc pas « d'isoler la prise en charge de la maltraitance comme une discipline à part » ; nous souhaitons que tout professionnel, issu du champ clinique ou d'autres disciplines telles que le travail social, la psychanalyse, la sociologie, le droit, l'histoire ou la criminologie puissent trouver, à travers ces pages, une occasion de s'exprimer sur le champ de la maltraitance dans ses dimensions multiples et variées.

Comme vous pourrez le constater, ce deuxième numéro du Carnet de Notes sur les Maltraitances Infantiles n'est pas encore le reflet d'une pluridisciplinarité à tous égards ; néanmoins, il répond à l'une des ambitions de la revue qui est de « s'inscrire en trait d'union entre tous professionnels ». Centrée sur le travail social, autrement dit, centrée sur les métiers qui œuvrent dans le champ de l'action sociale, la théma-

tique de ce numéro a sans doute favorisé cet échange entre le domaine de la recherche et celui du terrain. Des assistants sociaux et des psychologues, issus de services chargés de prévenir et assurer le traitement des situations de maltraitance infantile, ont décrit et situé leurs pratiques en les confrontant à la littérature scientifique. Ainsi, à travers une description de la fonction de l'assistant social dans le quotidien d'une équipe SOS Enfants, Olivier Baise et Christine Monville ont livré leurs représentations subjectives du métier et les ont situées parmi les définitions de différents auteurs. Dans une démarche méthodologique similaire, Valérie Couteau, Priscilla Cancellière et Amélie Leleu ont témoigné de leurs expériences concrètes et nous ont rapporté ce que « aller à domicile » veut dire, pour les professionnels, d'une part et les familles, d'autre part. Inversement, Nicolas Berthelot, psychologue et professeur à l'Université du Québec à Trois-Rivières, au Canada, est parti du concept de la mentalisation et des relations avec le trauma pour l'unir à la pratique du terrain. Il a démontré, par ce biais, comment les échecs de mentalisation constituent des indices de dysfonctions à partir desquels le clinicien peut proposer un traitement thérapeutique adéquat.

Vous l'aurez compris, ouvrir le champ de la maltraitance infantile à d'autres disciplines et aux praticiens du terrain, constitue un des défis que nous souhaitons relever par le biais de ce Carnet de Notes sur les Maltraitances Infantiles. Le prochain numéro sortira en octobre, nous vous invitons donc, d'ores et déjà, à nous envoyer vos textes, articles, vignettes cliniques ou autres notes de lecture...

Jessica Segers
Sociologue et gestionnaire de projets
au Service SOS Enfants

ÊTRE ASSISTANT SOCIAL AU SEIN D'UNE ÉQUIPE SOS ENFANTS

Christine Monville, Coordinatrice et assistante sociale à l'équipe SOS Enfants, Montegnée

Olivier Baise, Assistant social à l'équipe SOS Enfants Mons-Borinage, Référent Maltraitance à l'Office de la Naissance et de l'Enfance, Hainaut

Nous ne sommes plus aujourd'hui, même si certains préjugés subsistent, au temps où les assistantes sociales veillaient au grain, apportaient joie et santé aux familles ; où l'image était celle de dames patronnesses, pionnières du travail social, qui veillaient à cadrer ou recadrer les classes populaires, c'est-à-dire de les remettre dans le droit chemin de la vertu, de l'hygiène et de la norme. Paternalisme pour les uns, contrôle social menaçant pour les autres.

Cette vision a progressivement évolué et l'assistant social est devenu un « agent administratif » qui « règle les papiers ». Mais dans le concret, le travail social se décline sur toute une gamme de professions dont les fonctions, tâches et missions peuvent être extrêmement variées.

Aujourd'hui, nous avons l'impression que le secteur du social (en général) se fige progressivement : la rigueur administrative prend le pas sur le volet social ; ainsi la bonne gestion d'un dossier semble primer sur l'aide réellement apportée : il faut constituer un « bon dossier » pour éviter tout recours, pour justifier le travail réalisé...

Sans vouloir présenter un modèle, une image type de ce que devrait être l'assistant social au sein des équipes SOS Enfants (d'autant plus que les pratiques varient en fonction des spécificités institutionnelles), nous souhaitons simplement faire état de notre réflexion. La place de l'assistant social au sein des équipes est et doit rester en questionnement, tout comme son articulation avec les autres disciplines présentes au sein des équipes. Il en va de notre efficacité.

Nous osons dire que le travail social au sein d'une équipe SOS Enfants¹ est bien spécifique, en décrivant notre approche, en offrant plus de visibilité à notre travail, en partageant nos convictions, quitte à susciter le débat et provoquer des réactions.

Nous espérons ainsi rencontrer l'un de nos premiers paradigmes : être des catalyseurs de changements au sein de notre société.

Mots-clés : assistant social, anamnèse, réseau, citoyenneté, travail social.

LES REPRÉSENTATIONS DE L'ASSISTANT SOCIAL

Le Comité d'Accompagnement Enfance Maltraitée² de l'ONE, dans un document de 1993 mis à jour et relu en 1999 et 2000, définit la fonction de l'assistant social comme telle :

- 1) analyse la demande ;
- 2) analyse la situation sociale, socio-économique et socio-culturelle de l'enfant et de la famille ;
- 3) collabore à la réalisation du dossier ;
- 4) organise les réunions de concertation entre les intervenants ;
- 5) aide la famille à résoudre les problèmes concrets qui se posent à elle (notamment dans le domaine social) ;
- 6) assure, avec le psychologue et/ou le pédopsychiatre, une guidance, une thérapie ou une co-thérapie.

Vaste programme!

Nos collègues, interrogés sur l'image de l'assistant social, associent en vrac et en verbe leur fonction aux actions suivantes : l'assistant social aide, assiste, protège, débroussaille, aiguille, gère, recueille, solutionne, repère, coordonne, règle, défend, cherche, fait, défait, refait,

Il apparaît donc que l'assistant social est **un homme d'action**.

Est-ce dû au fait que le travail social soit né à l'époque des charbonnages et du développement industriel, mais visiblement, l'assistant social est celui qui va *au charbon*.

L'assistant social est aussi l'homme de l'extérieur, à l'instar d'un éclaireur qui va en reconnaissance sur le terrain pour rassembler ses informations et permettre de définir les stratégies les plus adaptées. Cet extérieur, c'est bien sûr le domicile des familles, mais c'est aussi le réseau des différents intervenants qui gravitent autour de ces familles.

Différents auteurs se positionnent sur la question. Ainsi, Saul Karsz (2011), estime que l'assistant social est le témoin engagé des misères humaines, qu'elles

1 En Belgique, les équipes SOS Enfants sont des services pluridisciplinaires spécialisés, ouverts à toute personne concernée directement ou indirectement par une situation de maltraitance d'enfant. Leur mission est de prévenir et de traiter les situations de maltraitance. Quatorze équipes couvrent la Fédération Wallonie-Bruxelles et sont subventionnées par l'Office de la Naissance et de l'Enfance.

2 Le décret du 12 mai 2004 relatif à l'aide aux enfants victimes de maltraitance institue au sein de l'Office de la Naissance et de l'Enfance, un Comité d'Accompagnement Enfance Maltraitée. Ce comité est le référent scientifique interne pour toute question relative à l'aide à l'enfant victime de maltraitance et aux équipes SOS Enfants.

soient physiques, psychiques, économiques, sociales ; mais, un témoin engagé, agissant, qui se confronte à ces misères, qui s'y mouille.

Stefano Cirillo (2006) affirme que « l'assistant social est le coordinateur des interventions. Il fait le lien entre les différents intervenants au sein de l'équipe, mais aussi en dehors de l'équipe, il travaille avec le réseau ».

Jean-Paul Mugnier (2011) utilise le concept de « passeurs d'intervenants ». Il précise : « Passeurs d'intervenants, c'est être un passeur de lien en étant les témoins d'une souffrance qui se manifeste et qui relie chacun dans une humanité commune ».

Jorge Barudy (2007) donne une définition qui nous semble adaptée à notre réalité de travail au sein des équipes SOS Enfants. Pour lui, « est thérapeute tout professionnel de la santé, du secteur socio-éducatif, de la justice qui s'engage à améliorer les conditions de vie de ses semblables ». Il estime que le processus thérapeutique débute dès la réception de l'appel téléphonique, dès l'énonciation de la demande qu'elle soit portée directement par les parents ou non, dès que la question de la protection de l'enfant est énoncée.

Dans la mise en place du programme thérapeutique, l'assistant social a une place au niveau :

- de l'anamnèse et dans l'évaluation des compétences parentales ;
- du travail dans et avec le réseau de professionnels, notamment avec les services mandants ou les autorités judiciaires ;
- de l'insertion dans le réseau local ;
- de la sensibilisation des parents aux besoins de leur enfant, en les encourageant notamment à accepter l'intervention d'un réseau d'aide sociale.

En résumé, nous relevons trois grands axes dans la fonction de l'assistant social au sein des équipes SOS Enfants :

- 1) l'anamnèse ;
- 2) le travail avec la famille ;
- 3) la coordination avec le réseau.

Dans cet écrit, nous ferons une large place à l'anamnèse. Nous aborderons également la logique de réseau et la place de l'évaluation. [Ndlr : pour les visites à domicile, se référer à l'article de P. Cancellière, V. Couteau et A. Leleu, p.16]

L'ANALYSE DE LA DEMANDE ET L'ANAMNÈSE

L'analyse de la demande fait partie intégrante du travail social. Dans notre réalité au sein des équipes SOS Enfants, il est rare d'entendre une réelle demande d'aide de la part des parents directement concernés. La plupart du temps, la personne demandeuse n'est pas celle qui est impliquée dans le processus maltraitant.

Nous faisons référence ici à Robert Neuburger (2003) qui distingue celui qui porte le symptôme, celui qui porte la souffrance et celui qui porte l'allégation. Dans

notre contexte professionnel, c'est rarement la même personne qui porte les trois concepts. L'allégation est portée par celui que l'on dénomme le signaleur.

Au sein des équipes SOS Enfants, généralement, tous les nouveaux signalements sont pris en charge par un assistant social qui doit prioritairement évaluer l'urgence de la situation et, avec l'équipe, veiller à organiser la protection de l'enfant. L'aide peut difficilement être apportée si la sécurité de l'enfant n'est pas assurée.

La plupart du temps, nous sommes appelés pour des situations ambiguës où il est difficile de faire la part des choses et de déterminer d'emblée le degré réel de maltraitance.

Dans un premier temps, l'assistant social est là pour aider le signaleur à formuler sa demande, à identifier et nommer ce qui fait son inquiétude, à évaluer si celle-ci peut être prise en charge et correspond aux missions d'une équipe SOS Enfants.

Notre premier interlocuteur est le signaleur. L'assistant social, conscient de la difficulté de sa démarche est attentif entre autres aux émotions véhiculées et à la position du signaleur face à la famille en difficulté.

Parallèlement, l'assistant social se met à la place de l'enfant et de son vécu sur base des allégations.

Lors de cette rencontre autour du signalement, le vécu familial bascule de la sphère privée vers la sphère publique. Il est important d'être attentif à l'événement qui a produit ce basculement, qui a mobilisé l'environnement familial (l'élément déclencheur du signalement).

La deuxième étape pour l'assistant social consiste à synthétiser et structurer les notes prises lors de l'entretien de signalement au cours duquel les signaleurs, pris émotionnellement, sont souvent dans la confusion. Il est parfois difficile de remettre les éléments recueillis sur une ligne du temps. Une fois l'anamnèse structurée, le signalement est présenté en réunion d'équipe.

Ce travail de recueil de données prend du temps. Mais en dehors des situations d'urgence, le temps permet d'ajuster la réponse à la demande. L'expérience nous montre que les interventions précipitées peuvent hypothéquer les possibilités d'aide par la suite.

Au cours du bilan, cette anamnèse sera retravaillée, affinée, questionnée et utilisée comme balise dans la poursuite du travail pluridisciplinaire de l'équipe SOS Enfants.

L'anamnèse c'est avant tout une histoire, une relation ; celle qui va se construire au fil des entretiens.

Notre contexte d'intervention ne relève pas d'une enquête sur l'image du bonheur ou sur les habitudes d'achat de la famille ; nous intervenons dans un contexte de crises parfois violentes, de bouleversements profonds, ce qui ne facilite pas l'entrée en relation.

Pourtant, si ces premières rencontres autour de l'histoire familiale se font dans le respect de chacun, ces échanges peuvent être l'occasion de construire des

liens entre les expériences passées et le vécu présent, et permettre de définir de nouveaux projets à venir.

Dès lors, tout au long de notre intervention, il faut négocier avec la famille un terrain d'entente, définir avec elle notre champ d'actions, notre espace de rencontre, de travail.

Alors seulement, peut débuter le recueil d'informations en faisant connaissance avec la famille, en veillant à la personnalité sociale des parents, à la dynamique des liens familiaux, au travers du génogramme notamment. Cette démarche doit nous permettre de mieux comprendre les raisons qui amènent la situation actuelle.

« Nous avons renoncé à une vision idéaliste qui consisterait à vouloir le bonheur de l'autre à tout prix. Ce que nous pouvons changer, c'est le regard que l'on pose sur cette famille après avoir recherché la souffrance sous-jacente, la fonction du symptôme, à comprendre leur mode de fonctionnement. Un regard positif ouvre le champ de tous les possibles ».

Neuburger, 2003

Collecter ces informations nécessite pour l'assistant social la capacité de faire un tri entre les informations pertinentes et celles qui le semblent moins, tout en ne les oubliant pas totalement.

L'assistant social va, au travers de son anamnèse, tenter de définir le problème avec le plus de justesse, de pertinence possible. C'est sur base de ces investigations et de la justesse des informations que les hypothèses seront formulées.

Un problème mal défini va souvent déboucher sur de mauvaises solutions.

Rappelons que pour S. Cirillo (2006), l'anamnèse est le point de départ du processus thérapeutique. Il nous met en garde en rappelant que « la maltraitance est un phénomène auto-évident qui éteint la curiosité de l'intervenant. D'où la vigilance à avoir dans l'anamnèse de ces situations, où il faut veiller à réaliser une théorisation de la genèse de la maltraitance, à avoir une vision précise des dommages subis et des vicissitudes transgénérationnelles ».

Nous insistons sur l'idée que l'anamnèse doit, pour être pertinente, être étayée par une volonté d'aide aux parents. L'assistant social oscille sans cesse dans cette position, peu confortable, d'aide et de contrôle.

Ce travail de première ligne, *au charbon* comme nous l'évoquions plus haut, met le travailleur social face à la réalité et l'expose à celle-ci. De par son travail de proximité avec la famille, les enfants, le réseau, l'assistant social doit, dans la mesure du possible, garder la tête froide, ne pas se laisser envahir par ses émotions. Marceline Gabel et Martine Lamour (2011) nous ont

montré à quel point les intervenants socio-éducatifs peuvent être bouleversés, affectés, par les situations de détresse, de violence auxquelles ils sont confrontés.

Par conséquent, cette anamnèse, fondation de la proposition d'aide, ne peut pas se réaliser sans aller-retour entre le duo d'intervenants (souvent un psychologue et un assistant social dans les équipes SOS Enfants) et l'équipe.

Dans le cadre de cette co-intervention, l'assistant social sera plus attentif à la situation sociale de la famille, à la place de l'enfant au sein de la famille élargie, à la récolte des informations qui serviront à l'élaboration de l'anamnèse et du génogramme comme nous l'avons vu précédemment.

Au fil des rencontres, l'assistant social accompagnera les familles dans différentes démarches. Bien évidemment, il s'agira de ne pas faire à la place de, mais d'être aux côtés des familles. *Être à leurs côtés au quotidien* signifie aussi aller vers les familles, être au plus près de leur réalité, par exemple, en nous rendant à domicile.

LA LOGIQUE DE RÉSEAU

Le travail de l'assistant social ne s'arrête pas aux frontières de la famille. Il inclut aussi le monde extérieur, c'est-à-dire tous les systèmes et sous-systèmes qui viennent se greffer sur le système familial.

L'assistant social fera le relevé des interventions précédentes. Il fera le bilan des propositions d'aide antérieures. Quelles sont les propositions d'aide qui ont rencontré les attentes de la famille et celles qui, par contre, n'ont pas mobilisé les ressources de celle-ci?

Ici aussi, l'assistant social va construire une relation de « relative » confiance avec l'ensemble des acteurs en place. Il se retrouve à l'interface entre ses collègues, les membres de la famille et l'ensemble des acteurs, professionnels ou non, qui gravitent autour de la famille.

Ce travail de première ligne, cette place de pivot, le rend présent, visible, et sans doute plus exposé que d'autres à la violence des familles, des mandants et des autres intervenants.

L'assistant social sera donc cet artisan attentif à la co-construction du réseau ; construire un réseau, dans le sens de construire un « maillage relationnel » comme l'appelle Martine Lamour.

« Maillage relationnel qui apporte attention, aide, soutien et soins aux enfants ainsi qu'à leurs parents. Il participe à la construction d'un environnement stable et durable dans l'évolution et le développement de la famille ».

Lamour, 2011

L'ÉVALUATION

Comme nous l'avons décrit, l'assistant social se situe aux carrefours entre plusieurs axes : celui de la famille et du réseau, celui du passé, du présent et du futur. À travers ses rencontres et ses actions, il veille à (re)donner du sens aux événements, aux propositions d'aide et de soins. En réalisant cette démarche avec la famille, il l'aide à se réapproprier son histoire.

Tenir le cap dans la tourmente, chercher à mettre en lumière ce qui fait sens, ce qui est porteur, n'est pas chose facile d'autant que l'assistant social peut être lui-même malmené dans cette aventure humaine.

À la croisée de tous ces chemins, l'assistant social peut être celui qui structure le temps de l'intervention, notamment en (se) questionnant sur le bien-fondé et les effets des interventions passées, présentes et à venir.

L'assistant social est celui qui évalue, qui réajuste, qui questionne la réalité, la sienne et celle des autres, que ce soit au sein de l'équipe, de la famille ou plus largement du réseau, toujours dans une recherche de sens et d'adéquation. Il peut donc tenir ce fil rouge et être garant du cadre de l'intervention.

CONCLUSION

Au sein des équipes SOS Enfants, le travail de l'assistant social se situe au niveau de l'analyse de la demande et de la réalisation de l'anamnèse, de l'accompagnement des familles tant sur le plan social que sur un plan psychologique, en co-intervention avec un(e) collègue. Ce travail peut se réaliser au domicile des familles. Par ailleurs, il coordonne le travail de réseau en créant un véritable « maillage relationnel » autour de la famille.

Pour mener à bien ses missions, l'assistant social s'appuie sur les principes fondateurs des droits de l'homme et de justice sociale qui fondent le travail social.

Etre assistant social c'est :

- promouvoir le changement social visant à plus de dignité et d'équité ;
- promouvoir la citoyenneté et la participation des personnes ;
- promouvoir les capacités et les ressources propres des personnes afin d'améliorer le bien-être individuel et collectif ;
- lutter contre toute forme d'injustice et d'exclusion sociale.

Le professionnel du travail social œuvre pour le changement social, en résolvant des problématiques de relations humaines, d'autonomie et de liberté des personnes, et ce, en vue d'améliorer leur existence. Il intervient au point d'interaction des personnes et de leur environnement.

L'assistant social a une mission de communication, d'aide et d'intervention, d'information, de sensibilisation, de médiation, de négociation, de coordination, d'évaluation et de révélateur de besoins.

Le travail social ne s'effectue pas dans l'urgence mais dans l'accompagnement social dans la durée. Le travail social est une activité laborieuse, continue, progressive. Il demande donc du temps, de l'énergie, comporte des désagréments, peu de reconnaissance concrète.

A l'heure où le travail de l'assistant social change et est mis à mal par un surcroît de contrôle social, ce que Pierre Bourdieu nomme « la main gauche de l'état » (1998), il n'est pas inutile de rappeler les principes des droits de l'homme et de justice sociale qui fondent notre travail social.

SOURCES

Cet article a trouvé son inspiration lors de longs échanges et lors de réflexions que des assistants sociaux, issus des différentes équipes SOS Enfants, ont mené pendant près de 3 ans (2005-2008) en se rencontrant régulièrement.

RÉFÉRENCES

- Barudy, J. (2007), *De la bientraitance infantile, compétences parentales et résilience*. Paris, Fabert.
- Bourdieu, P. (1998), *Contre-feux* (Tome 1). Paris, Raisons d'Agir.
- Cirillo, S. (2006), *Mauvais parents, comment leur venir en aide*. Paris, Fabert.
- Lamour, M. ; Gabel, M. (2011). *Enfants en danger, professionnels en souffrance*. Paris, Eres.
- Karsz, S. (2011), *Pourquoi le travail social ? Définitions, figures, clinique*. Paris, Dunod.
- Mugnier, J-P. (2011), *Ces familles qui ne demandent rien*. Bruxelles, Temps d'arrêt (Yapaka)
- Neuburger, R. (2003), *L'autre demande*. Paris, Payot.
- Puaud, D. (2012), *Le travail social ou l'art de l'ordinaire*. Bruxelles, Temps d'arrêt (Yapaka)
- *Code international des travailleurs sociaux* (2004), Fédération Internationale des Travailleurs Sociaux.



ÉCHECS DE MENTALISATION DU TRAUMA

Nicolas Berthelot, Ph.D., Psychologue, Professeur à l'Université du Québec à Trois-Rivières

Karin Ensink, Ph.D., Psychologue, Professeure à l'Université Laval

Lina Normandin, Ph.D., Psychologue, Professeure à l'Université Laval

Le présent article se veut la première partie d'un travail en deux volets s'intéressant à la mentalisation chez les victimes de maltraitance durant l'enfance. Le but de ce travail est d'outiller les intervenants cliniques à évaluer la façon dont réfléchissent les victimes de maltraitance à propos de leurs expériences traumatiques. Les cliniciens seront mieux outillés pour dépister les personnes les plus à risque de présenter des difficultés suite aux traumatismes et bénéficieront de pistes cliniques intéressantes permettant d'orienter les interventions thérapeutiques. Le présent volet s'intéresse spécifiquement aux échecs de mentalisation dans le discours, reflétant des facteurs de risque pour l'adaptation suite au trauma. Le second volet s'intéressera plus spécifiquement aux propos représentant une capacité de mentalisation préservée à l'égard des expériences traumatiques. La presque totalité du travail est dédiée à l'illustration clinique du phénomène, mais débute tout de même par un bref retour théorique sur le concept de la mentalisation et sur la relation entre les concepts de mentalisation et de trauma.

Mots-clés : mentalisation, fonctionnement réflexif, trauma, abus, négligence.

MENTALISATION

La mentalisation, ou la capacité réflexive, peut être définie comme l'habileté des individus à se comprendre eux-mêmes et à comprendre les relations avec les autres en termes d'états mentaux (Fonagy et al., 2002). La mentalisation se fonde ainsi sur un désir non défensif à apprécier l'expérience interne de soi et des autres. La mentalisation permet de percevoir les comportements comme découlant de sentiments, de désirs, de pensées, d'intentions, ou de croyances. Conséquemment, les actions que pose un individu ainsi que celles des autres peuvent être discernées comme étant significatives, explicables et prévisibles (Luyten et al., 2009). Puisque la mentalisation permet de donner un sens à l'expérience interne ainsi qu'au monde qui nous entoure, il s'agit d'une capacité humaine cruciale et intrinsèque à la régulation des affects et des comportements, ainsi qu'à l'expérience de relations sociales productives et satisfaisantes (Allen et al., 2008).

L'acquisition développementale de la mentalisation est fortement en péril lorsque l'enfant évolue dans un contexte de maltraitance. D'abord, la mentalisation se

développe au sein d'une relation d'attachement (Fonagy & Target, 1997). La maltraitance, en faisant obstacle à l'établissement d'une relation d'attachement sécurisante au sein de la dyade parent-enfant, interfère ainsi avec les assises du processus d'acquisition de la mentalisation. Deuxièmement, la maltraitance représente un échec majeur de la mentalisation chez le parent : le parent maltraitant, notamment lorsqu'aux prises avec des sentiments de rage ou de la dissociation, devient aveugle aux états mentaux de son enfant et à ses besoins émotionnels (Allen, 2007). L'enfant se voit alors privé d'un parent pouvant l'aider à identifier ses états mentaux, et se trouve d'autant plus laissé à lui seul avec des états mentaux insupportables qu'il ne peut réguler par lui-même (Allen, 2001, 2005). Confronté à des états mentaux primitifs et égocentriques chez son parent et pris avec des sentiments et pensées extrêmement troublants, une réflexion de la victime sur sa propre expérience interne et celle de la personne maltraitante s'avère hautement menaçante. L'enfant victime de maltraitance devient ainsi fortement susceptible de se couper volontairement, à des fins défensives, de toute réflexion en termes d'états mentaux. Finalement, d'un point de vue neurobiologique, il est suggéré que, dépassé un certain seuil de stress émotionnel, l'activité du cerveau passe d'un mode favorisant la réflexion à un mode favorisant l'action (mode de fuite et/ou d'attaque). Ce seuil d'activation serait diminué chez les victimes de traumatismes, interférant ainsi avec la capacité réflexive au quotidien (pour une revue voir Luyten et al., 2012).

Lorsque l'enfant se prive de sa capacité réflexive, il est suggéré qu'il fonctionne alors à un niveau très précoce du développement de la capacité de mentalisation, soit le niveau de l'équivalence psychique (Fonagy & Target, 1997). À ce stade, il y a confusion entre la réalité interne et externe (Fonagy & Target, 2000) et l'individu tend à interpréter toute situation ou tout état mental comme provenant de lui. Dans un contexte de maltraitance, l'enfant est ainsi fortement susceptible de se percevoir comme méchant et ayant causé son malheur puisqu'il interprète les actions de l'agresseur comme reflétant des aspects de lui. L'individu dans un mode d'équivalence psychique est également plus à risque de présenter des symptômes de reviviscence du trauma puisqu'il « revit le trauma comme s'il survenait encore dans le présent plutôt que de se souvenir du trauma » (traduction libre, Allen et al., 2012, p. 429).

Alors que la maltraitance durant l'enfance interfère avec le développement de la mentalisation, il semble à la fois qu'une capacité de mentalisation préservée soit un facteur de protection important dans un contexte de maltraitance. Des chercheurs ont démontré que 97% des patients ayant une histoire de maltraitance et une faible capacité de mentalisation satisfont les critères d'un trouble de la personnalité limite à l'âge adulte, alors que seulement 17% des patients ayant une histoire de maltraitance tout en ayant préservé leur capacité de mentalisation se voient attribuer ce diagnostic (Fonagy et al., 1998). La mentalisation ne prédit d'ailleurs le développement d'un trouble de la personnalité limite que lorsqu'il y aurait eu présence d'agression physique ou sexuelle (Fonagy et al., 1998).

De plus, la mentalisation serait un facteur de haute importance dans la transmission intergénérationnelle de l'attachement, spécialement lorsque les parents présentent un vécu d'abus ou de négligence. À cet effet, Fonagy et ses collaborateurs (1994) ont démontré que toutes les mères rapportant un vécu de carence durant l'enfance, mais ayant développé une bonne capacité de mentalisation, avaient un enfant qualifié comme ayant un attachement sécurisé, alors que 93% de celles ayant un tel vécu et de faibles capacités réflexives avaient un enfant présentant un attachement insécurisé. Une récente étude a d'ailleurs confirmé l'association entre les capacités réflexives des mères victimes de maltraitance durant l'enfance et l'attachement de leur enfant (Ensink et al., soumis¹).

Il est important de noter que la mentalisation n'est pas un construit indissociable. Alors que la mentalisation peut être préservée dans certains contextes, elle peut également s'avérer déficitaire dans d'autres. Les auteurs ont d'ailleurs démontré dans une récente étude (Berthelot et al., soumis¹) que la mentalisation à l'égard des expériences traumatiques était corrélée à la mentalisation à l'égard des relations d'attachement générales, tout en représentant un construit distinct. La distinction entre les deux construits était notamment observable par le biais de leurs corrélats : alors que la mentalisation à l'égard des relations d'attachement était associée à une relation d'attachement sécurisé entre la mère et son enfant, seulement la mentalisation à l'égard des traumas permettait de prédire l'attachement désorganisé chez l'enfant.

Ces données sommaires de recherche, aussi pertinentes soient-elles, seront toujours d'une utilité limitée si le pont n'est pas fait avec la pratique clinique. Le présent article vise ainsi à outiller les cliniciens à reconnaître les échecs de la mentalisation à l'égard des expériences traumatiques. Ces échecs de mentalisation doivent être considérés comme des indices d'une vulnérabilité chez les adultes victimes de maltraitance durant l'enfance qui risque d'interférer dans leur relation avec leur enfant (Ensink et al., soumis¹). Une meilleure connaissance du phénomène permettra indubitablement aux cliniciens de mieux dépister les individus à risque et d'orienter la prise en charge thérapeutique.

LES ÉCHECS DE LA MENTALISATION À L'ÉGARD DES TRAUMAS : ILLUSTRATIONS CLINIQUES

Les illustrations suivantes découlent du travail d'élaboration d'une grille de cotation d'entrevues d'attachement adulte (AAI : George et al., 1985) dans le cadre d'une étude portant sur les mères victimes de maltraitance durant l'enfance¹. La grille proposée par trois chercheurs cliniciens spécialisés dans les traumas se base sur une échelle en 28 points qui correspondent à autant d'échecs que de succès de mentalisation. Le coteur, dans son analyse du discours à propos des expériences de maltraitance, identifie les formes de mentalisation déployées et attribue à l'extrait le score associé dans l'échelle. Les scores de l'échelle vont de -1 à 9 en fonction du degré de sophistication de la mentalisation. Des scores de -1 reflètent une attaque au processus de mentalisation alors que des scores de 9 indiquent une mentalisation très sophistiquée. Le but du présent article étant davantage de fournir des illustrations cliniques des échecs de mentalisation lors de la réflexion à propos des traumas, que d'éduquer à la codification du fonctionnement réflexif, les scores attachés à ces exemples de cas ne seront pas abordés.

Explications ou descriptions bizarres et incohérentes

L'un des exemples les plus frappants d'échecs de mentalisation est lorsque l'individu attribue à un comportement des états mentaux très peu susceptibles d'y être rattachés ou lorsque l'individu s'explique une situation de façon objectivement incohérente. Les incohérences dans le discours des victimes à propos de leurs expériences traumatiques ont d'ailleurs été associées aux symptômes traumatiques dans la littérature scientifique (Mundorf & Paivio, 2011).

- **Exemple A:**

« Peut-être que si elle m'avait aimée, je n'aurais pas été correcte avec mes enfants ».

- **Exemple B:**

« C'était un homme qui aimait beaucoup beaucoup les femmes puis le moins qu'il était en ma compagnie bien [...] ».

- **Exemple C:**

« Une fois j'étais jeune, j'avais peut-être 6 ans puis eeh, j'ai, mon père moi c'est un anglais. Mais je ne porte pas le nom de mon père, je porte le nom de ma mère. J'ai demandé à ma mère si elle pouvait faire une affaire avec moi, me donner deux dollars puis moi je vais lui donner un dollar. Après, elle a ouvert l'eau chaude puis elle s'est mise à courir après moi en dessous de la cuisine tu sais là, en dessous de la table. Bien, j'ai, j'ai paniqué là, je courais, puis je suis tombée parce qu'elle a échappé de l'eau puis après ça j'ai cassé mes dents, bien une de mes dents puis. J'ai reçu une claque. Le lendemain, j'avais peur d'aller chez le dentiste parce qu'elle me disait que c'était de ma faute.

1 Pour plus de détails sur l'instrument, les participants, la méthodologie et les résultats des études, le lecteur est invité à contacter les auteurs.

Bon, de ma faute, pour moi ça ne l'était pas. J'arrivais dans l'autobus, j'avais tellement peur, j'ai cassé l'autre dent encore ».

Alors que les exemples A et B reflètent des explications bizarres qui n'apparaissent pas être le produit d'un processus de mentalisation (le fait d'avoir été aimé par ses parents ne peut expliquer qu'un individu en vienne à maltraiter ses enfants, et l'intérêt d'un homme envers les femmes ne peut rendre compte de l'inceste), l'exemple C reflète un discours incohérent et parsemé d'anomalies dans le discours (il est impossible de courir sous une cuisine et la peur ne pourrait en soi casser une dent). L'incohérence du discours des victimes à propos de leur vécu traumatique est un phénomène souvent décrit dans la littérature (ex. Foa et al., 1995 ; Siegel, 1995) et est parfois utilisée comme mesure dépendante pour évaluer l'efficacité des traitements en matière de trauma (ex. Munford & Paivio, 2011).

Considérer la maltraitance comme étant méritée ou justification des états mentaux de la personne maltraitante

• Exemple D:

« Bien, si elle (mère) était pareille à l'époque qu'aujourd'hui, bien moi je dis qu'elle était de même quand mon père était là aussi, bien il a bien fait, tu sais (rires). Il a bien fait de lui faire des bêtises parce que si elle était désagréable de même là, lui il était comme plus calme, elle a couru après les coups tu sais ».

• Exemple E:

« Tu devais avoir une raison pour pleurer parce que si tu n'en avais pas, ils t'en donnaient une. Ils te donnaient, ils te faisaient... ils te le demandaient. Ils disaient : « Tu n'as pas de raison de pleurer, je vais t'en donner une », ils te mettaient une claque là, mais ce n'était pas méchamment là, c'était juste eh... parce qu'ils étaient sévères là. Ils n'aimaient pas ça qu'on pleure pour rien ».

• Exemple F:

« (Vous m'avez dit aussi qu'elle n'était pas violente. Est-ce que vous pourriez me donner un exemple spécifique où vous avez trouvé que votre mère n'était pas violente?) Bien elle ne nous frappait pas pour rien, tu sais, quand elle nous frappait, elle nous tapait parce qu'on avait fait quelque chose de mal, pour moi c'est un exemple ».

Le processus de mentalisation implique l'attribution de causes internes ou relationnelles à des comportements. Dans l'exemple D, les comportements abusifs du père sont attribués à des caractéristiques personnelles de la mère, impliquant que l'abus était mérité. Alors qu'une dynamique relationnelle conflictuelle peut en effet représenter un contexte propice à l'instigation de comportements abusifs, ceux-ci prennent avant tout racine dans les états mentaux de l'agresseur, et non de la victime. Dans l'exemple E, sans rapporter

directement mériter des sévices cliniques, le sujet justifie tout de même les états mentaux des parents en normalisant ceux-ci de manière peu convaincante. De telles attributions représentent un échec de mentalisation et semblent susceptibles d'expliquer une proportion significative de la variance dans l'association entre la maltraitance durant l'enfance et la détresse psychologique à l'âge adulte (Coffey et al., 1995).

Rage incontrôlée envers l'agresseur

• Exemple G:

(Est-ce que cette expérience vous affecte maintenant que vous êtes plus âgé ?) Non. (Non ?) Non, mais si je le revois dans la rue, je ne me gênerai pas pour lui cracher dessus (...) quand j'étais plus jeune, je me cachais pas mal de lui (...) Maintenant je suis assez vieux, si je le revois sur la rue, je ne me gênerai pas pour lui cracher dessus ou lui rouler dessus avec ma voiture ».

La rage est susceptible de représenter une entrave majeure au processus de mentalisation. Alors que l'individu est sous l'emprise de celle-ci, il lui devient alors très difficile de réfléchir convenablement à ses états mentaux ainsi qu'à ceux des autres. La rage semble d'ailleurs jouer un rôle médiateur entre les traumatismes relationnels et les comportements extériorisés tel que l'abus de substance (Asgeirsdottir et al., 2011), possiblement par le biais de son interférence avec le processus de mentalisation. Cet impact destructeur de la rage sur le processus de mentalisation est bien décrit par Louis Diguier (2005) qui suggère à cet effet des pistes d'intervention thérapeutique. Dans l'exemple G, en rapportant qu'il roulera sur l'agresseur avec sa voiture s'il le rencontre à nouveau, la victime se veut hautement identifiée aux comportements violents qu'elle a subis par le passé. Il est à noter que ce n'est pas le fait de rapporter être aux prises avec de tels sentiments qui représente un échec de mentalisation. Au contraire, un individu qui rapporterait que ses expériences durant l'enfance l'affectent toujours aujourd'hui, le laissant avec des états de rage qu'il peine parfois à contrôler, ferait preuve de capacités réflexives en attribuant à un état mental une source plausible dans son expérience et en reconnaissant la difficulté à gérer des états mentaux aussi forts.

Excitation à parler de comportements maltraitants

• Exemple H:

« Je plains le gars demain de me dire « ah bien maudit (juron), mon lunch n'est pas prêt ! ». Assis-toi, je vais te le donner ton lunch mon amour. Je lui ai rempli la boîte à lunch, la boîte à lunch dans la bouche tu sais (rires). Je vais t'en faire un lunch moi! Je ne suis pas ton esclave! Non, ça ne marche plus. Moi, j'en dis beaucoup hein quand je commence à parler (rires)! J'aime ça conter ça! Je trouve ça à la fun! Ça me défoule (rires) ».

- **Exemple I:**

« Il (l'agresseur) a mangé une volée mon amie ! Mon père lui a, mon père il mesurait 6 pieds et quelques là, 200 quelques livres là. Il l'a tenu au 2e étage dans le vide par un pli, il lui a cassé les côtes de la mâchoire, « tu ne retoucheras plus jamais à ma fille » tu sais. Ah ! Il avait mangé une méchante volée. Moi j'étais toute fière. Ouais tu sais. Mon super héros ! [...] Il (l'agresseur) s'approcherait de ma fille, je le tuerais. Je le tuerais là, je te dis. C'était cool pareil (rires) ».

Certains narratifs se démarquent par l'état d'excitation qui se dégage du discours lorsque le thème de la maltraitance est abordé. Cette excitation, qui prend dans les exemples H et I l'apparence d'un processus d'identification à l'agresseur, peut être identifiée comme un échec de la mentalisation.

Déni de la maltraitance ou de ses impacts

- **Exemple J:**

« ... des fois, j'avais l'impression que mon père ne se contrôlait pas tu sais comme, par exemple quand il venait à, tu sais avec la ceinture là, des fois j'ai l'impression qui... qu'à un moment donné elle partirait la ceinture, qu'il ne pouvait pas se contrôler. Dans le fond, il se contrôlait puisqu'il ne l'a jamais... Tu sais c'est pour nous montrer qu'elle... c'est une manière pour eux de nous montrer ce qui était bien, ce qui n'était pas bien. D'après moi, moi je trouve que c'était une bonne manière de m'élever. Peut-être que ça n'aurait pas marché avec quelqu'un d'autre là, peut-être qu'un autre aurait été traumatisé là, il y en a qui... que ça en prend plus ou moins là. Mais pour moi, cela a été parfait ».

Le déni de l'occurrence des comportements abusifs semble relativement fréquent chez les jeunes victimes d'abus sexuel (Leander, 2010). Un tel discours est également observable chez les adultes. Le fait de nier qu'une expérience abusive ait réellement eu lieu, de nier sa sévérité ou de diminuer son impact représente une attaque à la mentalisation. La difficulté du sujet à finir ses phrases dans les premières lignes de l'exemple J suggère que la situation décrite est associée à une lourde charge émotive. Le sujet semble se défendre de celle-ci en déniait la peur vécue et en justifiant les comportements abusifs, ce qui lui permet de reprendre le contrôle sur ses émotions et d'arborer un discours plus régulier. Ce processus défensif se fait toutefois aux dépens d'une réelle réflexion sur son expérience et ses impacts.

Évitement passif du thème de la maltraitance

- **Exemple K:**

« ... je me souviens, un de ses amis qui était là pis que des fois eeh, il m'abusait par les touchers, des choses comme ça. Mais ça n'allait pas plus loin eeh. (Des touchers sur les parties génitales ?) Oui. (Puis) oui (Ça arrivait, vous aviez 4-5 ans à peu près ?) À peu près oui. (Puis ça arrivait à quelle fréquence ?) C'est arrivé 3-4 fois à peu près. (Et est-ce que vous pourriez me parler du contexte dans lequel) / Et puis eeh, ma mère elle ne me touchait jamais c'était plutôt « va réfléchir dans ta chambre » puis eeh, c'était plutôt ma belle-mère. Eeh, des claques derrière la tête. Je me souviens une fois, à un match de football ma belle-mère (...) ».

L'évitement du sujet de l'abus, à l'inverse du déni, ne représente pas une attaque à la mentalisation, mais un évitement de celle-ci. L'individu trouve ainsi un moyen de se défendre des affects et souvenirs associés aux expériences de maltraitance sans modifier la réalité. En évitant les affects et cognitions associés aux traumas, l'individu se soustrait ultimement de ses capacités réflexives.

Négation de sa vulnérabilité : seulement le sujet aurait pu passer au travers de telles épreuves

- **Exemple L:**

« ...l'expérience avec le père de mon beau-père puis tout ça, c'était, je me souviens qu'en parlant avec ma cousine il y a quelques années de ça, je lui disais : « Moi je sais que si ça avait été toi tu n'aurais pas été capable de passer au travers ». Moi je suis capable d'affronter toutes les situations qu'elles soient les plus difficiles. Puis d'une façon positive, pas d'une façon négative ».

- **Exemple M:**

« Ça m'a rendu plus forte, plus déterminée. Il y a des gens qui pleurent pour un rien, il y a des gens qui face à une situation... deviennent dépressifs plus vite que d'autres. C'est bizarre, ça m'a comme endurcie. Je ne suis pas super sensible, mais ça m'a endurci comme pour faire face à des situations, à me débrouiller toute seule ».

Dans certaines situations, c'est la vulnérabilité du sujet qui est écartée de la conscience, plutôt que l'événement en question. Ce processus défensif peut parfois donner l'impression d'une amorce réflexive puisque des affects sont liés à des comportements, mais ceux-ci sont toujours attribués aux autres, l'individu en question se plaçant au-dessus de tels impacts. L'exemple L, identifié comme un échec de mentalisation, doit être différencié de l'exemple M, reconnu comme un processus réflexif, puisque le second sujet reconnaît l'impact de la maltraitance sur ses états mentaux.

La maltraitance n'a pas d'impact sur le sujet puisqu'il n'y pense pas et l'oublie

- **Exemple N:**

(Est-ce que vous pensez que les abus sexuels que vous avez vécus vont influencer la façon que vous allez être avec votre enfant et avec votre garçon ?) « eeh, non je ne penserais pas. Parce que, ces choses-là, j'essaie de ne pas y penser. J'essaie de les oublier là. Je sais, je ne veux pas qu'elles reviennent à la surface là, mais pour l'instant, elles ne reviennent pas non plus. Mais non là, j'essaie de, d'oublier ça ».

- **Exemple O:**

« J'ai comme mis une barrière là-dedans, j'ai une vie autre que ça puis je pense qu'il faut grandir puis, il ne faut pas toujours vivre dans le passé. En ayant des choses comme ça, bien il faut pas hee, dire un moment donné, faut être assez fort pour dire : "Moi je mets une barrière puis c'est fini" ».

Il est très fréquent que des victimes rapportent ne pas éprouver de contrecoups de leur vécu de maltraitance puisqu'elles ne pensent pas à ces expériences. La pratique clinique suggère cependant que des expériences écartées de la conscience peuvent tout de même affecter le fonctionnement (Spiegel & Cardena, 1991; Terr, 1988). Ainsi, les individus qui maintiennent l'idée que le refoulement proscrit tout impact en termes de comportements ne font pas preuve de mentalisation.

Négliger de considérer des aspects importants liés à la situation de maltraitance

- **Exemple P:**

« Bien, je pouvais lui en parler, elle faisait des efforts. Je pouvais lui parler de tout, de n'importe quoi. Même, les attouchements sexuels que j'ai eus, j'aurais pu lui en parler. Elle ne m'a jamais eeh, c'est moi qui décidais là de, de ne pas en parler ».

Dans l'exemple P, le sujet rapporte ne pas avoir dévoilé des expériences d'abus sexuel à sa mère puisque celle-ci l'aurait comprise et soutenue. Par la présente, le sujet accorde un état mental peu plausible pour expliquer son comportement, voire contradictoire. L'individu fait donc probablement abstraction d'aspects importants susceptibles d'expliquer qu'elle n'ait pas dévoilé la maltraitance dont elle était l'objet.

MENTALISATION PARENTALE CORROMPUE PAR LA MALTRAITANCE

Dans certaines situations, l'impact de la maltraitance sur la mentalisation ne se manifeste pas seulement par le biais des propos des sujets lorsque les thèmes traumatiques sont abordés, mais également lorsque les individus abordent leur relation avec leur enfant.

Compulsion à la répétition hors de la conscience ou hors de contrôle

- **Exemple Q:**

« Comme moi ma fille (12 ans), je dors avec elle tu sais. Pas à tous les jours, mais j'aime ça dormir avec. Je me colle ses grosses fesses là. Je la tiens tu sais, quand je dors. Ma mère oublie ça. Elle n'est pas de même, elle est froide ».

- **Exemple R:**

« Tu sais, parce que je peux voir peut-être où ça peut aller. J'essaie de me calmer puis ça marche. Je leur dis, tu sais, je ne suis pas menteuse : « là tantôt maman va se fâcher là, elle peut donner des grosses fessées, des grosses tapes sur les fesses » tu sais. Mais c'est sur les fesses ou sur les doigts, ça ne fait pas mal, ce n'est pas tellement fort, donc tu sais elle pleure seulement parce qu'elle sent autre chose, et non parce que... tu sais elle n'est tellement pas habituée là, mais non. [...] Parce que tu sais, je ne veux pas qu'eux autres vivent ce que moi j'ai vécu ».

- **Exemple S:**

« [...] Parce que, enceinte de lui, je perdais vraiment patience puis elle me faisait tellement des crises que je voulais la battre – vraiment là je me suis vu lui donner des – parce qu'elle était à terre heu, heu, heu, je me suis vu lui, vouloir lui donner un coup de pied, oh je me suis dit « Non non non là », je me suis dit « Il faut qu'il arrive quelque chose » c'est là que j'ai été, j'ai voulu aller en thérapie, parce qu'elle me faisait perdre patience – ha la petite maudite. Des fois ça arrive encore, mais bon eehhh, tu sais j'ai appris à ne plus eeh, mais eehh, de l'amour, juste de l'amour puis ça va être correct ».

La compulsion à la répétition d'origine traumatique est un phénomène bien connu de la littérature psychanalytique et est qualifiée comme la répétition inadaptée de comportements traumatiques résultants de défenses dissociatives visant à écarter de la conscience des affects et cognitions associés au trauma (Bowins, 2010). L'exemple Q fait référence à une mère victime d'abus sexuel durant l'enfance rapportant entretenir des bris de frontières avec son adolescente. De tels propos reflètent l'interférence du trauma avec les processus de mentalisation, puisqu'ils font état d'une absence de considération des besoins de l'enfant, de la mise en place de comportements inappropriés sans remise en question de ceux-ci et de l'attribution d'une source discutabile (désir d'être un parent chaleureux). L'exemple R fait également état d'une répétition de comportements abusifs, dont l'ampleur et l'impact sont progressivement déniés par l'individu. L'exemple S démontre finalement comment certains parents, malgré une plus grande prise de conscience de l'aspect inadapté de leurs comportements maltraitants, échouent à convaincre leur interlocuteur qu'ils ont, à ce stade-ci, un réel contrôle sur ceux-ci.

Manque de considération notable des besoins de son enfant

• Exemple T:

« Le petit gars a tenté de l'abuser. Il lui a fait mal tu sais. Ma fille, ça lui a pris trois semaines avant de me le dire parce qu'elle avait peur de ma réaction. Quand elle m'a dit ça, j'ai voulu mourir, je te dis je voulais mourir. Je m'étais toujours dit, si j'ai un enfant plus tard, ce que l'on m'a fait à moi, on ne le fera pas à ma fille. Aïe là j'ai capoté. Je te dis, je suis devenue folle raide. Je le cherchais partout là, je voulais le tuer. [...] J'ai dit moi là, je tuerais pour ma fille. Puis je ne m'en cache pas, je tuerais pour elle. [...] Ce n'est pas parce que moi elle (propre mère) m'a laissé dans mon petit coin que je suis obligée de faire la même chose avec ma fille. Je suis là pour elle tu sais. Je vais toujours être là ».

• Exemple U:

« J'ai 33 ans, je n'ai rien dans la vie tu sais. À part mes enfants je n'ai rien. Tu sais. Puis tout ce que je veux moi, c'est mes enfants, ça s'arrête là. Le reste, je vais te dire, ça me passe 50 pieds au-dessus de la tête. Tu sais, le père de ma, le père de ma (fille), eehh, père mon cul tu sais ! Moi mon père n'était pas là puis je ne suis pas morte, tu sais. Je ne suis pas morte de ça, j'ai survécu, mes enfants aussi vont survivre. Je l'ai fait pour moi ce bébé-là. Pas pour personne d'autre ».

L'impact des traumatismes peut parfois se manifester par l'activation d'affects et de cognitions, dont la force occulte d'autres considérations importantes, tels les besoins de l'enfant. L'exemple T reflète bien cet état de fait en montrant comment la mère d'une enfant à son tour victime d'abus sexuel est bouleversée par l'événement au point d'échouer à considérer que son enfant craignait de lui divulguer l'abus puisqu'elle appréhendait la réaction de rage qu'elle décrit, réaction qu'elle interprète à tort comme du support.

CONCLUSION

Les présentes illustrations d'échec de mentalisation en lien avec des expériences traumatiques de l'ordre d'abus physique ou sexuel ne se veulent en aucune façon un blâme à l'égard des victimes. De telles expériences représentent un défi de taille à intégrer et il est prévisible qu'elles aient un impact négatif sur le développement de la mentalisation. Il en revient donc aux cliniciens œuvrant auprès de cette population d'être en mesure d'identifier les échecs de mentalisation et leur source traumatique afin de promouvoir des traitements optimaux.

Pour paraphraser une discussion de Allen avec un patient (Allen et al., 2008), l'esprit est un endroit dangereux où s'aventurer, et vous ne voudriez pas vous y aventurer seul. C'est la réalité des victimes de maltraitance de vivre avec des émotions et des idées particulièrement menaçantes, et c'est également leur réalité d'avoir à gérer celles-ci seules compte tenu de l'échec de leur entourage significatif à leur prodiguer des soins suffisamment bons. Tel que le suggère Bowlby, c'est alors le rôle du thérapeute de « prodiguer au client une base sécurisante à partir de laquelle il peut explorer les divers aspects pénibles et douloureux de sa vie, passée et actuelle, des aspects qu'il trouverait laborieux, voire impossible, de réfléchir et de reconsidérer sans l'apport d'une personne de confiance » (traduction libre, Bowlby, 1988, p.138). L'intervention auprès des personnes victimes de maltraitance durant l'enfance doit donc obligatoirement passer par l'établissement d'une relation d'attachement entre le thérapeute et son client.

Les échecs de mentalisation ici illustrés doivent être considérés comme des indices de dysfonctions dans la capacité réflexive. Ces indices requièrent une attention thérapeutique avertie. À cet effet, les dernières années ont été très prolifiques en ce qui concerne l'établissement de modèles d'intervention centrés sur la mentalisation auprès des victimes de maltraitance durant l'enfance. Les cliniciens œuvrant auprès des enfants sont notamment invités à consulter le chapitre de Karin Ensink et Lina Normandin (2012) décrivant leur modèle de traitement basé sur la mentalisation chez les enfants agressés sexuellement et leurs parents. En ce qui concerne les modèles d'intervention chez les adultes, Jon G. Allen a récemment publié plusieurs livres élaborant les bases d'un travail centré sur la mentalisation auprès des adultes présentant une histoire de maltraitance (Allen, 2005, 2012, 2013 ; Allen et al., 2008). Des modèles intéressants sont également décrits en ce qui concerne l'intervention auprès de parents (Allen et al., 2008 ; Nijssens et al. 2012). À la lumière des connaissances cliniques et scientifiques à l'égard des cycles intergénérationnels de maltraitance et du rôle central des échecs de mentalisation dans l'aménagement de ces cycles (Allen et al., 2008), une importante prochaine étape concernera l'établissement de modèles d'intervention préventive auprès de futurs parents rapportant un vécu de maltraitance durant l'enfance.

- Allen, J.G. (2001). *Traumatic relationships and serious mental disorders*. Chichester, UK : Wiley.
- Allen, J.G. (2005). *Coping with trauma : Hope through understanding (2nd Edition)*. Washington, DC : American Psychiatric Publishing.
- Allen, J.G. (2007). Evil, mindblindness, and trauma : Challenges to hope. *Smith College Studies in Social Work*, 77, 9-31.
- Allen, J.G. (2012). *Treating trauma with plain old therapy : Restoring mentalizing in attachment relationships*. Arlington, VA : American Psychiatric Publishing.
- Allen, J.G., Fonagy, P., & Bateman, A.W. (2008). *Mentalizing in clinical practice*. Washington, DC : American Psychiatric Publishing.
- Allen, J.G., Lemma, A., & Fonagy, P. (2012). Trauma. Dans P. Fonagy & A.W. Bateman (Eds.), *Handbook of mentalizing in mental health practice* (pp. 419-444). Washington, DC : American Psychiatric Publishing.
- Asgeirsdottir, B.B., Sigfusdottir, I.D., Gudjonsson, G.H., & Sigurdsson, J.F. (2011). Associations between sexual abuse and family conflict/violence, self-injurious behavior, and substance use : The mediating role of depressed mood and anger. *Child Abuse & Neglect*, 35, 210-219.
- Bowins, B. (2010). Repetitive maladaptive behavior : Beyond repetition compulsion. *The American Journal of Psychoanalysis*, 70, 282-298.
- Bowlby, J. (1988). *A Secure Base : Parent-child Attachment and Healthy Human Development*. New York : Basic Books.
- Coffey, P., Leitenberg, H., Henning, K., Turner, T., & Bennett, R.T. (1995). Mediators of the long-term impact of child sexual abuse : Perceived stigma, betrayal, powerlessness, and self-blame. *Child Abuse & Neglect*, 20, 447-555.
- Diguier, L. (2005). Mentalisation et psychothérapie chez le patient limite. *L'évolution psychiatrique*, 70, 649-661.
- Ensink, K., & Normandin, L. (2011). Le traitement basé sur la mentalisation chez les enfants agressés sexuellement et leurs parents. Dans M. Hébert, M. Cyr, & M. Tourigny (Éds.), *L'agression sexuelle envers les enfants, Tome I*. (pp. 399-440). Ste-Foy : Presses de l'Université du Québec.
- Foa, E. B., Riggs, D. S., Massie, E. D., & Yarczower, M. (1995). The impact of fear activation and anger on the efficacy of exposure treatment for PTSD. *Behavior Therapy*, 26, 487-499.
- Fonagy, P., & Target, M. (1997). Attachment and reflective function : Their role in self-organization. *Development and Psychopathology*, 9, 679-700.
- Fonagy, P., & Target, M. (2000). Playing with reality III : the persistence of dual psychic reality in borderline patients. *International Journal of Psycho-Analysis*, 77, 217-233.
- Fonagy, P., Target, M., Steele, H., & Steele, M. (1998). *Reflective Functioning manual, Version 5.0, for application to Adult Attachment Interviews*. London : University College London.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist E. L., & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization, and the development of self*. New York : Other Press. Fonagy & Target, 1997
- Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Higgitt, A., & Target, M. (1994). The Emmanuel Miller Memorial Lecture 1992. The theory and practice of resilience. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 35, 231-257.
- George, C., Kaplan, M., & Main, M. (1985). *Adult Attachment Interview*. Unpublished manuscript, University of California, Berkeley.
- Leander, L. (2010). Police interviews with child sexual abuse victims : Patterns of reporting, avoidance and denial. *Child Abuse & Neglect*, 34, 192-205.
- Luyten, P., Fonagy, P., Lowyck, B., & Vermote, R. (2012). The assessment of mentalization. Dans A. Bateman & P. Fonagy (Eds.), *Handbook of mentalizing in mental health practice* (pp. 43-65). Washington, DC : American Psychiatric Association.
- Luyten, P., Mayes, L.C., Saddler, L., Fonagy, P., Nicholls, S., Crowley, M., et al. (2009). The Parental Reflective Functioning Questionnaire-1 (PRFQ-1). Unpublished manual, University of Leuven, Leuven, Belgium.
- Mundorf, E.S. & Paivio, S.C. (2011) Narrative quality and disturbance pre- and post-emotion-focused therapy for child abuse trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 6, 643-650.
- Nijssens, L., Luyten, P., & Bales, D. (2012). Mentalization-based treatment for parents (MBT-P) with borderline personality disorder. Dans N. Midgley & I. Vrouva (Eds.), *Minding the child : Mentalization-based interventions with children, young people and their families*. London : Routledge.
- Siegel, D. J. (1995). Memory, trauma, and psychotherapy : A cognitive science view. *Journal of Psychotherapy and Research*, 4, 93-122.
- Spiegel, D., & Cardena, E. (1991). Disintegrated experience : The dissociative disorders revisited. *Journal of Abnormal Psychology. Special Issue : Diagnoses, Dimensions, and DSM-IV : The Science of Classification*, 100, 366-378.
- Terr, L.C. (1988). What happens to early memories of trauma? A study of twenty children under age five at the time of documented traumatic events. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 27, 96-104.



TRAVAIL À DOMICILE AUPRÈS DE FAMILLES CARENCÉES

Valérie Couteau, Assistante sociale, équipe SOS Enfants Mons-Borinage

Priscilla Cancelliere, Assistante sociale, équipe SOS Enfants Mons-Borinage

Amélie Leleu, Psychologue, équipe SOS Enfants Mons-Borinage

En 2010, l'équipe SOS de Mons fêtait ses 20 ans d'existence autour d'un colloque¹ donnant l'occasion à chacun de s'arrêter sur l'évolution de nos pratiques. Nous souhaitions approfondir notre réflexion clinique sur le travail à domicile qui s'est imposé comme une spécificité de l'équipe de Mons. En parcourant la revue de la littérature, nous nous sommes aperçus que ce thème était peu abordé par les auteurs. L'exposé de ce colloque était donc l'opportunité d'échanger sur le sujet et d'étayer notre expérience de terrain.

Mots-clefs : travail à domicile, accompagnement, réseau, familles carencées.

POURQUOI ALLER AU DOMICILE ?

La pratique du travail à domicile de notre équipe trouve son origine dans plusieurs constats :

- Premièrement, la configuration de la région : l'isolement géographique de certains quartiers et villages, peu ou mal desservis en transports en commun, rend les déplacements difficiles pour les familles ne disposant pas de moyen de locomotion propre.
- Deuxièmement, l'isolement psychique et l'insécurité affective de certaines familles pour qui l'idée de sortir d'un espace personnel, contenant, protecteur pour s'aventurer au dehors est inconcevable et générateur d'angoisse. Le périmètre d'action de ces familles s'est souvent rétréci à la cité et toute démarche extérieure se fait avec appréhension...ou ne se fait pas (Lamour et Barraco-De-Pinto, 2003, 117-132). Une peur rarement exprimée au grand jour mais souvent à décoder derrière des formulations pudiques : *Il fait froid, il pleut, j'ai raté le bus,...*
- Enfin, le travail avec des familles dites « chaotiques » où l'organisation et l'anticipation des rendez-vous se heurtent à un fonctionnement où le temps est événementiel. S'y ajoutent souvent des limites intellectuelles, matérielles et financières rendant les déplacements difficiles, voire impossibles.

D'abord envisagé pour franchir ces obstacles en permettant d'aller à la rencontre de ces familles, le travail à domicile s'est progressivement imposé comme un

véritable outil. A la fois utile dans l'établissement d'un diagnostic, à une identification plus précise du vécu de l'enfant, en permettant une forme d'immersion dans le climat de la famille et offrant l'accès à une approche thérapeutique qui sort du cadre traditionnel.

« ALLER CHERCHER » AU LIEU DE « LAISSER VENIR »...

Les familles que nous rencontrons au domicile sont souvent carencées ou à problèmes multiples, en difficulté pour créer et maintenir le lien. L'enfance des parents est, elle-même, marquée par des séparations, des ruptures, la défaillance des soins parentaux avec maltraitance ou négligence. Attendre que ces parents formulent une demande d'aide pour leur enfant ou pour eux-mêmes s'avère souvent illusoire. Il est donc nécessaire d'aller chercher ces familles : aller vers elles, c'est aller... chez elles ?

Nous restons persuadés qu'une demande peut émerger mais sans revêtir la forme organisée que nous attendons. Nous nous référons à la construction de la demande de R. Neuburger (2003) qui distingue le symptôme, la souffrance et l'allégation. Si le(s)symptôme(s) et la souffrance sautent la plupart du temps aux yeux, c'est l'allégation qui pose problème pour ces familles. Elle est portée par un tiers ou un service mais rarement par la famille elle-même.

Cette allégation dans le cadre de l'intervention à domicile peut donc sembler inversée : l'intervenant prend l'initiative de se déplacer, d'aller chercher la demande (ou les attentes de la famille) dans un mouvement contraire à la démarche habituelle de venir demander. Comme le propose J-P. Mugnier :

« La préoccupation ne devrait pas être que la famille exprime une demande mais plutôt s'interroger sur ce qui l'empêche de le faire ».

Mugnier, 2011

Dans cette optique, l'attitude fermée de certaines familles très carencées peut parfois se comprendre comme : *Je ne vaudrais pas la peine qu'on s'intéresse à moi.* Dans ce cas, la question : *Vont-ils nous laisser*

1 « L'aide aux enfants victimes de maltraitance ... du sentiment d'impuissance à la créativité ». Colloque du 19 novembre 2010.



tranquilles ? se transforme alors en vont-ils nous laisser tomber ?

Mais jusqu'où insister ? Pour aller chercher quoi ? La démarche d'aller chercher peut être perçue comme de l'insistance voire du contrôle. Notre démarche se situe plutôt dans le fait de proposer une attention et une préoccupation pour leur devenir mais aussi celui de leurs enfants. Que serions-nous si nous laissons des familles dans le marasme le plus complet ? Quel souci aurions-nous pour leur humanité ? La limite de cette démarche est délicate, comment intervenir à partir de cette hypothèse sans toutefois tomber dans de l'intrusion ?

QUAND LES INTERVENANTS S'INVITENT AU DOMICILE... ENTRE ACCOMPAGNEMENT ET INTRUSION

La visite à domicile n'est jamais imposée à la famille. Elle est prévue dans un cadre temporel précis, fixé et anticipé. Cependant, notre anticipation n'est pas toujours celle de la famille et la surprise est au rendez-vous !

Comme le dit M. Lamour, l'histoire de ces familles est souvent marquée de rupture et de rejet. L'extérieur est vécu comme dangereux, menaçant ; le regard de l'autre fait ressentir la honte, l'humiliation... ou la crainte. (Lamour et Barraco-De-Pinto, 2003, 117-132). La venue des membres d'une équipe SOS Enfants² vient ainsi raviver la crainte d'être jugé en tant que mauvais parent... la crainte d'être séparé des enfants.

Le risque d'être perçu comme des étrangers tentant « d'intruder » l'intimité quotidienne et psychique est présent. Un sentiment de violation des frontières qui peut entraîner chez les occupants des lieux un état d'angoisse, des manifestations agressives ou de fuite.

Certains s'empressent de nous montrer les chambres, le frigo, ... pour se justifier d'être de bons parents. D'autres, à l'inverse, nous accueillent et nous montrent leur intimité qui est source de valorisation et signe de reconnaissance.



Au domicile de Mme D., l'entretien ne peut commencer avant que Madame nous ait montré les derniers aménagements des chambres, les jeux des enfants, leurs dessins,... Un temps de reconnaissance de son rôle de maman est nécessaire pour tisser la confiance par un regard *narcissisant*.

Le décor du domicile, en présence de l'intervenant, agit comme fonction « contenant », c'est-à-dire rassurante et protectrice, laissant émerger les affects plus profonds et favorisant la parole. Aussi, il incite parfois certains adultes à se dévoiler plus qu'ils ne le souhaiteraient. Un dévoilement qui peut laisser place au regret ou à la honte : il n'est pas rare d'avoir porte close après un entretien que nous considérons comme une

marque de confiance tellement il était riche en confidences.

J-P. Mugnier parle de ce moment critique où l'individu se libère d'une parole ayant profondément trait à de l'intime :

« La crainte d'être définitivement identifié à cet instant de transparence pendant lequel l'individu renonce à toute intimité, contribue à rendre la sincérité menaçante ».

Mugnier, 2008

Au domicile, de nombreux éléments de l'intimité se donne à voir malgré la volonté des familles. Comment les protéger de ce dévoilement excessif auquel elles ne sont pas prêtes ?

« DIS-MOI COMMENT TU HABITES ET JE TE DIRAI QUI TU ES »

Pour beaucoup d'intervenants, le domicile apparaît comme un « espace miroir », reflet de l'identité de la famille. Le domicile est révélateur d'appartenance, porteur de valeurs, de cultures et d'habitudes... En nous accueillant chez elle, la famille nous donne déjà à voir une partie d'elle-même, signe de ce qu'elle est mais aussi de l'image qu'elle donne aux autres.

Le lieu de vie est également un indicateur du rapport au temps. Le rapport de la famille avec son histoire de vie est représenté dans le décor, les objets, les photos. Le domicile est un espace de remémoration qui relie aux autres, vivants ou morts, à des lieux ou des événements passés. (Djaoui, 2008).

La rencontre au domicile permet de se rendre compte du quotidien des enfants et de la culture familiale à travers les événements de la vie journalière à savoir le retour de l'école, les moments de repas,... tous les éléments qui déterminent les rythmes de la famille. Ils permettent d'appréhender, au plus près, la place de l'enfant, son vécu, d'introduire un acte de parole, un questionnement sur le sens...

Bien sûr, l'intervenant n'est pas un simple observateur du système, il en fait partie à part entière, il y participe et l'influence par sa présence, l'attention flottante qu'il porte sur chaque élément et sur chacun des membres de la famille.

AS-TU ENTENDU CE QUE JE N'AI PAS DIT ?

Les premiers moments de rencontre à domicile s'avèrent parfois déterminants pour comprendre le fonctionnement de la famille ou de l'adulte qui nous reçoit, ils donnent à voir des souffrances inexprimées.

² En Belgique, les équipes SOS Enfants sont subsidiées par la Fédération Wallonie-Bruxelles et administrées par l'Office de la Naissance et de l'Enfance avec pour mission le dépistage et la prise en charge de situations d'enfants maltraités. Les équipes sont régies par le Décret relatif à l'Aide aux enfants victimes de maltraitance datant du 12 mai 2004.



Nous rencontrons pour la première fois Mme J. à son domicile au deuxième étage d'une habitation délabrée où nous devons enjamber les déchets qui jonchent les dernières marches de l'escalier. Malgré la réception du courrier, Mme J. n'attend pas notre visite, elle nous ouvre, méfiante. Nous entrons dans le logement lui aussi jonché de déchets, de sacs poubelles amoncelés, il faut se frayer un passage jusqu'à un salon. Madame s'excuse, dit ne pas avoir eu le temps de ranger et attribue à Bryan, son fils de 7 ans, le désordre du logement. Elle dégage le fauteuil et nous installe face à une petite table où trône un ordinateur, il est allumé et le visage virtuel d'une très jolie femme apparaît en plein écran. Mme J. nous explique : *C'est mon avatar.*

Le domicile apparaît souvent comme un représentant de l'image de soi. Il met en scène l'intériorité psychique des individus et illustre parfois le chaos interne qui les habite. L'état du domicile se montre comme un « lieu symptôme » (Djaoui, 2008) qui donne à voir une souffrance indicible.

Lorsque nous nous intéressons à cette souffrance, nous entendons : « *De toute façon, je suis un déchet, tout le monde me considère comme ça. Je ne veux pas aller à la consultation ONE³, tout le monde me regarde ; Quand j'arrive à l'école, l'institutrice, elle me regarde de haut en bas. Moi, je voudrais avoir des amis normaux comme vous, dans la cité, il n'y en a pas...* ».

Le travail ne doit pas seulement viser l'amélioration matérielle du domicile au risque d'être voué à l'échec ou la rechute. Il est aussi nécessaire de soutenir narcissiquement ces adultes. La question des moyens se pose alors d'emblée : le réseau (comme nous le définirons plus tard) et une intervention de longue haleine deviennent sans doute indispensables.

L'exercice nous paraît d'autant plus périlleux que la présence de notre équipe peut être perçue comme disqualifiante par les parents. Comment, dès lors, aider ces parents à faire grandir leur estime d'eux-mêmes ?

UN CADRE « HORS DU CADRE » TRADITIONNEL

Le travail à domicile nécessite une attention permanente qui prend en compte à la fois les vécus intrapsychiques de la famille et les interactions de la réalité quotidienne. C'est ce regard attentif qui, parallèlement à l'écoute, aide la famille à trouver les mots pour parler de ce qu'elle vit. Le lieu de rencontre est l'espace de vie de l'enfant. Celui-ci est à l'image du fonctionnement de la famille et n'est donc pas défini par les intervenants.

Le seuil de la porte franchi, nous pénétrons dans le territoire de la famille. C'est elle, maître des lieux, qui fixe le cadre, qui donne le ton. Les intervenants sont soumis aux règles de la famille, ils doivent s'y adapter, voire s'y soumettre (p.ex. accepter d'être reçu en

pyjama,...). D'emblée, il faut trouver la bonne distance relationnelle qui doit sans cesse être réajustée, ni dans le trop lointain, ni dans la familiarité qui est destructurante tant pour la famille que pour les intervenants. Un risque d'autant plus fort dans les familles qui ont peu de frontières et où l'intervenant peut rapidement être assimilé à une amie, à une voisine,... (Lamour et Barraco-De-Pinto, 2003, 117-132)

Le travail à domicile est inconfortable, sans cesse soumis à des interférences extérieures : les voisins, la télévision, les animaux, le téléphone,... Dans ce contexte difficile, comment maintenir un objectif thérapeutique ? Nous devons rester attentifs à ce que les visites à domicile ne se transforment pas en visites de contrôle ou de courtoisie. Le défi est de créer un cadre spatial et temporel avec des règles propres, des rituels, un moment où la parole est possible. Une co-création progressive qui sera particulière à chaque famille... (Jacquerie et Schonke, 2009)



Lors de notre première rencontre, nous avons décliné la proposition de Mme A. de nous offrir le café. Elle n'en avait pas tenu compte. L'entretien ne pouvait pas commencer, elle s'agitait dans la cuisine, ne répondait à aucune de nos sollicitations, trop occupée, elle s'appliquait néanmoins à tout préparer... Depuis, nous avons compris l'importance pour elle de ce moment « d'accueil » qui est devenu un rituel. Les 5-10 premières minutes sont consacrées à l'installation des tasses, du lait, du sucre,... Elle connaît nos habitudes et veille à ne rien oublier... Ensuite, elle se pose, s'assied et se montre disponible, nous pouvons commencer à parler....

Il est important pour l'intervenant de tenir le cadre temporel face à ces familles chaotiques qui ont peu de rythme stable, peu de rituel,... La mise en place du cadre est en soi, un acte structurant pour la famille. Définir un cadre, c'est aussi mettre des frontières. La présence au domicile de personnes étrangères à la famille pose question : Quelle place leur accorder ? Quelle place la famille leur accorde-t-elle ? Sont-elles là par hasard ? Le hasard fait-il bien les choses ? Elles peuvent tout autant s'avérer une ressource cruciale pour la famille que faire partie de ce que nous pourrions définir comme un processus de contrôle social qui garantit la loyauté de la famille envers sa propre famille ou la communauté à laquelle elle appartient. Parler aux intervenants peut être perçu comme une trahison.

3 L'Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE) organise des consultations gratuites dont le but est de promouvoir, suivre et préserver la santé des enfants de 0 à 6 ans. En France, l'équivalent, dont la mission principale est la médecine préventive et sociale, s'appelle les consultations PMI (Protection Maternelle et Infantile).

« L'approche à domicile, si elle ouvre des portes, doit aussi, à l'inverse, favoriser dans la famille la construction de cloisons afin de protéger l'intimité de l'espace psychique de chacun, de réinstaller la différenciation des générations, de permettre l'individuation, et de sortir du climat incestuel ».

Berger, 1995

CONTINUER À PENSER

Au domicile, les représentations que l'intervenant se fait de la famille, prennent corps. Il est immergé dans leur réalité. Tous ses sens sont sollicités par les images, les odeurs, les sons, l'ambiance, la propreté, les animaux, la température,... Des sensations parfois inconfortables, intrusives, envahissantes, qui peuvent submerger et entraver la capacité de penser.

La démarche de visite à domicile fait souvent émerger des sentiments négatifs face à « l'inquiétante intimité » comme la nomme E. Djaoui (Djaoui, 2008, 239). Cette immersion dans le quotidien pousse vers l'action et l'immédiateté, le voir et le faire.

De notre position d'intrus dans l'intimité de la famille, nous pouvons aussi basculer dans un sentiment d'intrusion de notre propre intimité renforcée par certaines attitudes qui peuvent apparaître comme exhibitionnistes : lorsque Mr X. nous reçoit constamment torse nu ou que Mme Y nous propose de nous asseoir sur une chaise où sèchent ses petites culottes.

Comment continuer à penser, à symboliser les événements, à les mettre en mots sans être envahi par ces aspects de la réalité de la famille ? Lorsque notre capacité à penser peut se mobiliser, comment utiliser ces événements ou ces sentiments comme outils dans un travail bénéfique avec la famille ? Il nous semble que lorsque nous pouvons profiter de ce matériel, ces visites prennent tout leur sens. Ces ressentis sont donc des outils à intégrer dans le travail avec les familles. Ils peuvent cependant nous entraîner vers des mouvements défensifs au risque de verser dans la toute-puissance ou dans une attitude autoritaire, parentale et infantilisante. Mouvements qui peuvent être renforcés par le sentiment d'impuissance face à des familles difficilement mobilisables...

Ce travail est donc délicat et périlleux. Il demande beaucoup d'énergie et il nous semble difficile de le mener seul.

APPROCHE À DOMICILE, CO-INTERVENTION ET TRAVAIL EN RÉSEAU

Afin d'y faire face, nous utilisons des outils tels que la co-intervention et le travail en réseau. Au sein de l'équipe, nous formons essentiellement le duo assistant social – psychologue, y compris dans nos visites à domicile. Il s'agit d'apporter un regard nuancé, tenant compte à la fois des aspects sociaux et psychologiques du fonctionnement de la famille. Un duo qui permet

d'affronter les dimensions émotionnelles que vivent les familles : la colère, la tristesse, la souffrance..., autant de sentiments qu'elles nous font partager. Comment pouvoir les supporter seuls ? Être deux permet un partage et une prise de recul sur ce que nous venons de vivre. L'équipe, notamment lors des réunions, permet également de nous dégager du vécu des familles.

Une autre manière de nous distancer du quotidien des familles est de faire appel au réseau psycho-médico-social.

Ce réseau, nous le concevons comme M. Lamour : « un maillage relationnel » qui apporte attention, aide, soutien et soins aux enfants ainsi qu'à leurs parents. Il participe à la construction d'un environnement stable et durable dans l'évolution et le développement de la famille (Lamour et Barraco-De-Pinto, 2003, 117-132).



CONCLUSION

Le travail à domicile est une tentative de réponse à l'isolement géographique et psychologique de familles prises dans l'immédiateté de leur fonctionnement et de leurs limites personnelles. Il constitue, toute proportion gardée, une démarche « humanitaire » à l'égard de familles dévastées par une histoire véritablement dramatique et immobilisées dans le marasme social et psychologique. Il ne s'agit cependant pas d'une démarche simple car elle confronte à la honte, l'humiliation et la crainte. Elle porte en elle-même le risque du sentiment d'intrusion de l'espace familial par le professionnel ou, tout à l'inverse, peut susciter des formes d'exhibitionnisme ou d'expression trop intense de l'intime.

Constituant un outil de diagnostic et de compréhension du système socio-familial, le travail à domicile permet de mieux saisir le contexte matériel et relationnel dans lequel l'enfant grandit. Aller à la rencontre des familles est une forme de réponse aux conséquences souvent lourdes sur le plan personnel et relationnel des problèmes de lien et d'attachement. C'est aussi une tentative de faire émerger une demande qui se décline à domicile dans des formes d'expression peu convenues, c'est-à-dire moins dans le verbal que dans ce qui se montre ou se ritualise et où il convient surtout de s'interroger sur les raisons pour lesquelles la demande n'arrive pas à s'exprimer.

Il importe, dans ce travail, de respecter les règles que la famille impose au travail à domicile et de construire progressivement un cadre qui permet de penser. Il consiste notamment à utiliser les sensations – au sens sensoriel du terme – qui émergent et la proximité qui se vit comme des outils de transformation d'une réalité quotidienne, en termes de *décodage* et d'expression de celle-ci. Les intervenants et la famille définiront aussi progressivement les règles et rituels de leurs rencontres : où, comment et avec qui travailler.

Enfin, nous avons souligné, d'une part, l'importance de l'intervention en duo qui permet de se questionner sur le contre-transfert que les visites à domicile et la confrontation à la réalité risquent d'exacerber, avec les risques de passage à l'acte comme conséquences possibles. D'autre part, le travail avec une famille très désorganisée doit pouvoir solliciter le réseau des professionnels en vue de constituer un *maillage social* et *relationnel* autour de celle-ci et de la réinscrire dans le lien social.

RÉFÉRENCES

- Berger M. (1995). *Le travail thérapeutique avec la famille*. Paris, Dunod.
- Djaoui E. (2008). *Intervenir au domicile*. Rennes, Presses de l'EHESP.
- Eiguer A. (2006). L'inconscient de la maison et la famille. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseau*, 37 : 23-33.
- Jacquerie F. et Schonne I. (2009). Les soins pédopsychiatriques à domicile : de l'illusion à la découverte de leur complexité et de leurs particularités. *Enfances, Adolescences*, 16 : 73-87.
- Lamour M. et Barraco-De-Pinto M. (2003). Approche à domicile et travail en réseau, dans le traitement des nourrissons à haut risque psychosocial et de leurs familles. *Spirale*, 25 : 117-132.
- Mercier C. (2005). De la visite à domicile thérapeutique à la démarche institutionnelle. *Dialogue*, 169 : 85-96.
- Mille Lieux Ouverts. (2001). DO MI SI LA DO Ré, 26.
- Mugnier J.P. (2008). *Les stratégies de l'indifférence*. Paris, Fabert.
- Mugnier J.P. (2011). *Ces familles qui ne demandent rien*. Bruxelles, Temps d'arrêt, (Yapaka).
- Neuburger R. (2003). *L'autre demande : psychanalyse et thérapie familiale*. Paris, Payot.



L'AGRESSION SEXUELLE ENVERS LES ENFANTS

Hébert, M ; Cyr, M. ; Tourigny, M. (Dir.) 2011. Tome 1. Presses de l'Université du Québec.

S'il est peu probable que ce premier tome dirigé par Martine Hébert, Mireille Cyr et Marc Tourigny devienne votre livre de chevet préféré, il n'en demeure pas moins un outil d'une incroyable richesse pour tout professionnel concerné dans sa pratique, de près ou de loin, par la question de l'agression sexuelle envers les enfants. Par on ne sait quelle alchimie et malgré la présence de 17 contributeurs différents, ce livre-outil déploie un style constant sans fioritures et d'une précision chirurgicale, reflet de l'engagement et du professionnalisme bien connu des différents centres impliqués dans sa rédaction.

Au travers de 11 chapitres, les auteurs nous dressent une cartographie de l'état des connaissances en la matière. La mise en perspective permettant de « placer le décor » fait immédiatement place à un chapitre consacré à la parole de l'enfant, comme pour dire qu'après avoir vu ce dont on parle, il est indispensable de se rappeler de qui et pour qui on parle. Qui est l'enfant et comment ses capacités et son développement doivent guider le travail des professionnels dans la prise en charge de sa parole (quelle qu'elle soit) et ce, qu'il s'agisse du volet judiciaire ou psychologique ? Et puisque le champ de l'agression sexuelle ne peut se limiter à ces disciplines, c'est par un point de vue médical et médicolegal que se poursuit l'ouvrage. On comprend alors comment ces différentes perspectives, clivées sur le terrain professionnel, n'interrogent pourtant qu'une seule et même réalité, celle de l'enfant (supposé) victime. Les auteurs s'intéressent ensuite aux profils et évaluations de ces derniers ainsi qu'à ceux de leurs parents, interrogeant également les effets des interventions les concernant. Les comportements sexuels problématiques chez les moins de 12 ans sont également abordés avant de mettre les projecteurs sur deux méthodes de traitement et enfin sur la prévention.

Si chacune de ces différentes parties est étayée par une bibliographie approfondie, le relevé de toutes ces études, bien que dressant un important panel de l'état des connaissances, peut parfois donner au lecteur un sentiment de confusion voire de contradiction entre les différentes déductions issues de la recherche. Loin de devoir nous bloquer dans nos réflexions, cet aspect des choses doit nous donner à penser tant le fond que la forme, les contenus des recherches et leurs méthodes. Les connaissances scientifiques et les pratiques cliniques se doivent d'être en mouvement et c'est là une des grandes qualités de cet ouvrage. Bien que nous apportant un important bagage de savoir, il nous montre dans le même temps que rien n'est figé et que le devoir du professionnel, scientifique ou clinicien, est de pouvoir continuer à avancer avec et en interro-

geant le doute sur base des éléments mis en lumière. S'il nous semble qu'au-delà des études sur l'agression sexuelle, le livre pose la question des méthodologies scientifiques et des limites de l'approche hypothético-déductive, sur le plan clinique, nous pensons qu'il met aussi en exergue la question des invariants que les pratiques pourraient connaître. Enfin, l'accent mis sur le travail avec le parent non-agresseur comme ressource tant pour l'enfant que pour le système familial et thérapeutique, nous transporte bien au-delà des considérations anciennes où le seul adulte susceptible d'aider l'enfant était son agresseur, par la reconnaissance ou non des faits.

Un livre important, utile, à lire et à interroger, à partager entre collègues. Il nous assied quelques instants sur ce que nous savons, nous aide à faire le point mais nous relève tout aussi vite vers les pistes à explorer, le travail à accomplir et les lectures à découvrir... comme le tome 2 par exemple.

Q. Bullens

Psychologue à l'équipe SOS Enfants du SAILFE (Ciney) et chercheur à l'Université de Liège.



Martine Hébert, Ph.D. en psychologie, est professeure au Département de sexologie de l'Université du Québec à Montréal.

Mireille Cyr, Ph.D. en psychologie, est professeure au Département de psychologie de l'Université de Montréal.

Marc Tourigny, Ph.D. en psychologie, est professeur au Département de psychoéducation de l'Université de Sherbrooke.



L'OCÉAN BORDERLINE, TROUBLES DES ÉTATS LIMITES, RÉCITS DE VOYAGE

Cancrini, L. (2009). Bruxelles, De Boeck.

L'ouvrage de Luigi Cancrini, l'Océan Borderline, et le regard nouveau, complexe et intégré qu'il propose nous semble une ressource intéressante et riche pour la prise en charge et la réflexion sur les situations cliniques de maltraitance.

Au sein de son ouvrage où il conceptualise les troubles borderline sous la forme d'un océan entouré de deux continents, la névrose et la psychose, l'auteur défend l'idée que les difficultés psychopathologiques des individus se réfèrent bien plus à un fonctionnement contextuel et ponctuel qu'à une structure fixe et atemporelle de la personnalité.

C'est sur base des écrits de différents auteurs issus de courants différents [Kernberg (1975-1980) Mahler (1975), Benjamin(1993)] qu'il développe sa notion de « seuil de régression en fonctionnement borderline ». En effet, Cancrini part de l'idée que nous pouvons tous, à un moment particulier et dans un contexte donné, proposer une régression en fonctionnement borderline et par là présenter des comportements et des schèmes de pensées similaires à ceux des patients souffrant de ce trouble de la personnalité. Ce fonctionnement se caractérise principalement par un jugement très clivé, la réalité devient difficile à appréhender et à intégrer en dehors d'une vision toute blanche ou toute noire, les mécanismes de défense utilisés sont principalement centrés sur le clivage de l'objet et sur ces mécanismes associés. Les représentations primitives de soi et de l'autre sont alors le terreau de tout comportement, vécu ou émotion. Chez ces personnes, la sphère relationnelle, les compétences sociales et/ou familiales ou encore le domaine affectif plus généralement sont dès lors perturbés.

Pour Luigi Cancrini, nous avons déjà tous fonctionné de la sorte lors de nos phases relationnelles précoces, vers l'âge de deux an et demi, moment où nous partons à la découverte du monde, à la fois fasciné par la nouveauté mais terrifié à l'idée de perdre l'amour et la sécurité que l'on quitte pour un instant. Ceci expliquerait la possibilité chez chacun de nous et à tout moment, lorsque l'on est confronté à une angoisse de séparation, de régresser pour retrouver ce fonctionnement borderline. Les différents apports théoriques que Luigi Cancrini choisit et la réflexion croisée que leurs comparaisons suscitent, vont permettre à l'auteur de proposer une définition de ce qu'il appellera « l'enfance malheureuse ». Ce contexte particulier vécu par certains « enfants moins chanceux », comme ils les appellent, joue un rôle prépondérant dans le développement d'un seuil bas pour la régression en fonctionnement borderline. Les circonstances de vie peu favorables (maltraitance, abandons successifs, violences sexuelles, ...) peuvent entraver le processus

d'intégration des représentations du soi et de l'objet : la personne peut remettre alors en route des mouvements fondés sur le clivage, appris lors de la crise de rapprochement et fonctionne de manière borderline et ce, régulièrement, ce qui fait sans cesse descendre la valeur de son seuil.

Les contextes expérientiels dans lesquels nous avons évolué ont donc influencé la construction et la maturation de notre personnalité, mais nous insisterons sur le fait que même si les prémices peuvent être initiées durant une enfance malheureuse, la régression ne peut avoir lieu sans prise en compte du contexte synchronique et des stimuli spécifiques liés à l'angoisse de perte, associée à ce contexte. Nous évitons, en tenant compte de ces derniers éléments dans la compréhension des situations cliniques, de tomber dans un piège diagnostique déterministe. En effet, l'application de la théorie de Cancrini aux situations cliniques marquées par la maltraitance peut permettre la construction d'une réflexion nuancée et structurée et favorise l'articulation des différentes sphères existantes au sein de ces situations (synchronique, diachronique, relationnelle, institutionnelle, ...). De plus cette lecture permet à la fois de prendre en compte les vicissitudes de la vie familiale et individuelle des différentes personnes jouant un rôle dans ces situations mais aussi d'interroger le contexte de l'ici et maintenant et les stimuli s'y référant et par-là ne pas associer un contexte enfantin malheureux à la naissance d'un trouble de la personnalité irréversible et durable à l'âge adulte.

Suzanne Aubinet

Psychologue, Clinique Systémique et Psychopathologie Relationnelle, Université de Liège.



Luigi Cancrini est psychiatre et psychothérapeute de formation psychanalytique et systémique. Il a enseigné la psychiatrie à l'Université de La Sapienza de Rome. En 1972, il a fondé le Centre d'études de thérapie familiale et relationnelle, dont il est président. Depuis 1998, il est directeur scientifique du Centre d'aide à l'enfant maltraité et à la famille à Rome. En 2004, il reçoit à Berlin le prix de l'European Family Therapy Association (EFTA) pour sa contribution exceptionnelle dans le domaine de la thérapie familiale. Il a aussi été député au Parlement italien en soutenant des projets importants pour la psychothérapie et pour la protection des enfants victimes de violence.



HÔPITAL SILENCE, SUIVI DE L'ATTENTE

Malinconi, N. (2008). Bruxelles, Luc Pire.

Hôpital silence (1985) et l'Attente (1989) sont les premiers textes de Nicole Malinconi. Ils ont été réédités ensemble en 1996, avec une préface de Marguerite Duras et une analyse de texte réalisée par Jean-Marie Klinkenberg (linguiste, professeur de à l'ULG).

Nicole Malinconi est assistante sociale de formation. Elle a travaillé pendant 5 ans dans un hôpital de la région Namuroise, dans le service du Docteur Peers, qui pratiquait l'avortement. A l'époque, au début des années 80, l'avortement n'était pas légalisé et même la publicité pour la contraception était interdite. En tant qu'assistante sociale, elle était notamment chargée de rencontrer les femmes qui voulaient avorter.

Nicole Malinconi, touchée par la souffrance de ces femmes mais aussi marquée par la dureté, voire la haine contenue dans les propos de certaines infirmières, a voulu mettre en mots les silences, les non-dits, le temps qu'on ne prend pas ou qu'on ne veut pas prendre pour accueillir, expliquer.

C'est ainsi que dans son récit, « Hôpital silence, suivi de l'attente », Nicole Malinconi nous fait ressentir la solitude, la peur de la femme qui arrive à l'hôpital et qui se retrouve exposée au regard et au jugement de certains. Elle nous fait également ressentir l'hostilité de certains soignants, qui se mettent à distance derrière un discours technique pour ne pas avoir à aller à la rencontre des patients.

Ce livre nous confronte durement à la non-rencontre et au temps qu'on ne prend pas. Il nous amène à réfléchir sur notre pratique, à être attentif à ne pas trop se retrancher derrière nos savoirs pour entendre et accompagner les craintes, les questions, les silences,...

Christel Nihoul

Référente Maltraitance à l'Office de la Naissance et de l'Enfance



Italienne d'origine, Nicole Malinconi est née en Wallonie en 1946. Elle a travaillé 5 ans en structure hospitalière en tant qu'Assistante Sociale. Elle vit maintenant à Namur. Elle a été remarquée par Marguerite Duras et a reçu le Prix Rossel pour « Nous Deux » en 1993.

RECOMMANDATIONS AUX AUTEURS

pour la publication dans 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, médical, 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 scientifiques 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 à posteriori. 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 et de 3 à 5 mots-clés en français et en anglais.

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 LA LECTURE



Il s'agit de rendre compte, en une page maximum, de l'intérêt d'un ouvrage récent ou d'une publication récente dans le domaine de la maltraitance infantile. Ce résumé de lecture présentera les grandes lignes de l'ouvrage ou de l'article 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 Édito-

rial, il est analysé sur le principe du Peer Review par au moins deux membres du Comité de Lecture ; l'anonymat, tant de l'auteur que des lecteurs, est donc préservé pendant toute la durée de l'évaluation. Le Comité de Lecture, composé de membres expérimentés sur les matières évoquées, peut suggérer à l'auteur des modifications. Quelle que soit la décision, un avis est rendu à l'auteur dans les 3 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.

A series of horizontal dotted lines for writing notes.

CARNET DE NOTES SUR LES MALTRAITANCES INFANTILES

Diagnostic et travail social

N°2 - Mai 2013

CONTACT

Service SOS Enfants

Tél. :
02 542 14 10

Courriel :
sos-enfants@one.be

Site :
<http://www.one.be/index.php?id=2325>

AUX PROCHAINS NUMÉROS...

Dans les rubriques thématiques des prochains numéro du Carnet de Notes sur les Maltraitances Infantiles (CNMI), nous proposons de revenir sur la périnatalité, mais cette fois, dans le contexte particulier de troubles mentaux chez les parents ; nous invitons également les auteurs à penser : la filiation en contexte de maltraitance, et son devenir trans-générationnel ; les mécanismes sociaux de paupérisation et les risques de négligence y afférents ; et enfin, dans une perspective transdisciplinaire, nous pensons qu'une dialectique entre l'accompagnement thérapeutique et l'impact des procédures judiciaires pour l'enfant pourrait enrichir la réflexion. Parce que la maltraitance soulève et doit toujours soulever de nouvelles questions, CNMI reste aussi ouvert aux propositions hors des thématiques suggérées...

CARNET DE NOTES SUR LES MALTRAITANCES INFANTILES

EDITEUR RESPONSABLE
Benoît PARMENTIER

RÉALISATION
ONE

DOCBU0001
D/2013/74.80/15



OFFICE
DE LA NAISSANCE
ET DE L'ENFANCE

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

ONE.be