

Les professionnels de l'enfance peuvent tous être confrontés à une possible situation de maltraitance : voir des signes ou recevoir des informations qui les inquiètent. Or la maltraitance n'est pas un phénomène univoque : elle prend des formes et des degrés de gravité très variables. Les enjeux sont complexes et peuvent créer des tensions contradictoires.

Ce guide vise à rendre compte de cette réalité. Il présente l'essentiel des données actuelles concernant les mauvais traitements physiques, les négligences, les abus sexuels et la maltraitance psychologique. Le texte, dont le fil conducteur est l'expérience clinique, met l'accent, en les illustrant, sur les critères liés à l'âge de l'enfant, sur les indices comportementaux, sur les attitudes parentales, sur les signes de souffrance de l'enfant. Il entend, à chaque étape de la lecture, guider le regard à la fois sur des points d'attention et sur les questions que ceux-ci peuvent susciter chez les intervenants.

Le lecteur trouvera des pistes utiles pour s'engager, sans être spécialiste, dans la prévention solidaire de la maltraitance faite aux enfants et dans la communication délicate sur ces questions.

Marc Gérard est pédopsychiatre. Il a participé en Belgique à la création des équipes multidisciplinaires, spécialisées dès 1980, dans les situations de maltraitance d'enfants. Depuis, il n'a cessé d'être engagé dans cette clinique, dont il a suivi les évolutions et les avancées. Il a dirigé le centre SOS Enfants de l'Université libre de Bruxelles, au CHU Saint-Pierre. Marc Gérard a également participé à de nombreux programmes et partenariats européens, réalisé des recherches et travaux sur la communication avec les enfants présumés victimes, sur le traitement des adolescents auteurs d'infractions à caractère sexuel et sur la formation multidisciplinaire des divers secteurs professionnels concernés par la maltraitance.

yapaka.be

Coordination de l'aide
aux victimes de maltraitance
Secrétariat général
Fédération Wallonie-Bruxelles
de Belgique
Bd Léopold II, 44 – 1080 Bruxelles
yapaka@yapaka.be



GUIDE POUR PRÉVENIR LA MALTRAITANCE

MARC GÉRARD

yapaka.be

71

GUIDE POUR PRÉVENIR LA MALTRAITANCE

Marc Gérard

LECTURES

TEMPS D'ARRÊT

yapaka.be

Guide pour prévenir la maltraitance

Marc Gérard

Temps d'Arrêt / Lectures

Une collection de textes courts destinés aux professionnels en lien direct avec les familles. Une invitation à marquer une pause dans la course du quotidien, à partager des lectures en équipe, à prolonger la réflexion par d'autres textes. – 8 parutions par an.

Directeur de collection : Vincent Magos assisté de Diane Huppert ainsi que de Meggy Allo, Philippe Dufromont, Sandrine Hennebert, Philippe Jadin et Claire-Anne Sevrin.

Le programme yapaka

Fruit de la collaboration entre plusieurs administrations de la Communauté française de Belgique (Administration générale de l'enseignement et de la recherche scientifique, Direction générale de l'aide à la jeunesse, Direction générale de la santé et ONE), la collection « Temps d'Arrêt / Lectures » est un élément du programme de prévention de la maltraitance yapaka.be

Comité de pilotage : Nicole Bruhwylter, François De Smet, Etienne De Maere, Nathalie Ferrard, Ingrid Godeau, Louis Grippa, Françoise Guillaume, Pascale Gustin, Gérard Hansen, Françoise Hoornaert, Perrine Humblet et Juliette Vilet.

Une initiative de la Fédération Wallonie-Bruxelles de Belgique.

Éditeur responsable : Frédéric Delcor – Fédération Wallonie-Bruxelles de Belgique – 44, boulevard Léopold II – 1080 Bruxelles.
Février 2014

Sommaire

Introduction	5
Les mauvais traitements physiques	11
Typologie des violences physiques.....	11
Chez le très jeune enfant.....	12
Les corrections abusives.....	15
Autres formes de maltraitance physique.....	17
Les indices comportementaux.....	17
L'attitude des parents et leurs dires.....	19
Les abus sexuels	23
Typologie des abus sexuels.....	24
Les critères médicaux.....	26
La parole de l'enfant.....	28
Les indices comportementaux.....	30
Les attitudes parentales.....	32
Les négligences	35
Typologie des négligences.....	35
Manquements mineurs ou négligences graves?.....	36
Aspects cliniques.....	38
Quelques pistes pour agir.....	40
La maltraitance psychologique	43
Les mauvais traitements psychologiques.....	44
Typologie de la maltraitance psychologique.....	46
Les indices de souffrance de l'enfant.....	47
Les violences conjugales – l'aliénation parentale.....	48
Vulnérabilité et indicateurs de risque	51
Le poids du contexte.....	51
Illustration : indices de vulnérabilité d'une situation prénatale.....	52
Principaux facteurs.....	53
De l'impact sur le professionnel à la mobilisation du réseau	57
Conclusions	61
Bibliographie	62

Introduction

Tous les enfants, sans distinction aucune, doivent être bien traités et respectés.

Cette volonté très largement partagée se heurte toutefois à deux types d'obstacles. Le premier, d'ordre très général, trouve son origine dans les inégalités sociales tant matérielles que socioculturelles au sens large. Le second obstacle, qui prend partiellement racine dans les conditions du premier, est celui de l'existence d'actes violents ou d'omissions graves dont peuvent souffrir des enfants dans l'intimité de leur plus proche environnement : la famille.

La question de la maltraitance des enfants est indissociable du contexte sociétal et historique dans lequel elle se pose.

Quel est le sort le plus commun de la population infantile? La mortalité est-elle un fait quotidien ou rare, si pas exceptionnel? Les parents ont-ils tous les moyens de nourrir leurs enfants? De les éduquer? L'école est-elle accessible à tous? Les droits de l'homme et en particulier les droits de l'enfant sont-ils garantis par les lois et par leur application? Les enfants vivent-ils dans une société en paix? Des traditions ne les exposent-elles pas fréquemment à des abus, à des mutilations?

Nous n'aborderons ici le sujet de la maltraitance que sous l'angle de ce qu'elle représente aujourd'hui dans notre société.

Nous nous poserons surtout, à l'occasion de cet ouvrage, la question de ce que chacun peut faire pour percevoir et nommer valablement les phénomènes de maltraitance. Le but est double : aider le lecteur à bien cerner ce qu'il peut contribuer à éviter – c'est l'axe de la prévention – et à réagir à bon escient pour enrayer

des comportements destructeurs lorsqu'ils paraissent exister – c'est l'axe de la prise en charge.

De nombreux lecteurs ne seront pas appelés à intervenir directement, et encore moins isolément, dans la prise en charge de situations de maltraitance. Mais ils souhaiteront pouvoir franchir le pas et communiquer leurs inquiétudes avec discernement. D'autres lecteurs seront, en raison de leur profession, des acteurs directs des interventions médico-psychosociales ou judiciaires mises en œuvre pour les enfants en danger. Les informations contenues dans ce texte leur seront généralement plus familières.

Notre ambition n'est donc pas de toucher un public spécialisé. Il s'agit plutôt de communiquer, de manière claire et concise, les points d'attention qui aident à voir, à entendre et à décider.

La maltraitance est un terme qui n'est apparu dans la langue française que dans les années 1980. Précédemment, des cas dramatiques et sporadiques alimentaient la chronique sous les termes d'enfants martyrs. Sinon, tout ce qu'aujourd'hui nous incluons sous le terme de maltraitance était largement méconnu ; une méconnaissance proche de l'occultation ou même du déni collectif. La médecine infantile fut interpellée en 1962 par le Dr C.H. Kempe qui décrit le « syndrome de l'enfant battu » : de très jeunes enfants, principalement des nourrissons, étaient porteurs de lésions graves résultant de violences parentales. Le monde médical, de ce côté-ci de l'Atlantique, restait attaché à des formules euphémiques comme « cas social » ou codées comme le « syndrome de Silverman », pour désigner les négligences lourdes et les sévices observés sur les très jeunes enfants.

On s'aperçoit qu'en nommant clairement les choses, on arrive à mieux décrire un phénomène – aussi désagréable à considérer soit-il – et à mobiliser des ressources et des énergies pour améliorer la situation.

Progressivement, au fil du temps, diverses formes de mauvais traitements ont été l'objet d'une préoccu-

tion croissante et l'étude des problèmes a engendré une mobilisation en faveur d'un meilleur dépistage, suivi de l'élaboration de nouvelles stratégies de prévention et de traitement. Au rang de ces mauvais traitements successivement mieux pris en compte, citons les négligences lourdes, les abus sexuels et les sévices psychologiques.

Pour l'essentiel, notre objet porte sur la maltraitance en milieu familial, qui est un fait majoritaire. Mais en dehors du milieu familial, des enfants sont aussi victimes de violences ; on parlera plus volontiers de violence en milieu scolaire ou entre pairs, de violence institutionnelle, de violence extrafamiliale, réservant le terme de maltraitance aux formes interpersonnelles intimes de violence et de négligence dont les conséquences sont graves pour l'enfant ou l'adolescent.

La maltraitance des enfants est donc à présent un concept général qui recouvre plusieurs grandes catégories : maltraitements physiques, négligences lourdes, abus sexuels, maltraitements psychologiques. Chacune de ces catégories connaît diverses définitions, plus ou moins larges et plus ou moins extensives. Aucune d'entre elles n'échappe à une part de subjectivité, à la participation d'un jugement. Et des questions de seuil se posent : à partir d'où y a-t-il maltraitance ? À partir de quand peut-on la suspecter ? Plus malaisé encore : comment en mesurer les risques ?

Retenons déjà que dans chaque catégorie il existe une gradation continue allant de formes bénignes à des formes extrêmes. La gravité est liée à la durée, à la fréquence, à l'intensité. Elle l'est aussi, évidemment, aux conséquences. Un acte violent posé une fois peut avoir des conséquences plus ou moins graves, selon les circonstances et les blessures encourues. À l'inverse, une négligence grave peut, par chance, avoir créé « plus de peur que de mal ».

Mais insistons sur la règle la plus générale : la maltraitance est un processus dont la gravité va croissant, parfois à bref délai. Elle peut s'arrêter spontanément sans avoir créé un dommage important. Cette éven-

tualité est très rarement observée en l'absence d'une action extérieure.

Comme on peut l'entrevoir, l'observation et l'action préventive trouvent tout leur sens dans ce schéma où les faits les plus graves ne se produisent pas d'emblée.

On parlera ici, par analogie avec le traitement des maladies, de prévention secondaire, réservant le terme de prévention primaire à toutes les mesures générales qui visent à éviter l'éclosion des troubles. La prévention de la maltraitance est l'affaire de tous. Chacun dans sa position, qu'elle soit professionnelle ou non, peut y participer positivement par des observations affûtées et une écoute attentive. Il n'est certainement pas question de suspecter sans cesse et partout des mauvais traitements. Rappelons qu'ils sont l'exception plutôt que la règle. Mais l'attentisme ou la minimisation font autant de tort, si pas plus, qu'un excès de zèle confinant à l'activisme.

Pensons plutôt les choses en termes de repères, de confiance et de solidarité. Il y a de la marge entre intervenir pour sauver – une circonstance plutôt rare mais à ne pas manquer – et intervenir pour poser le problème et proposer une aide.

Ce qui rend la situation si difficile à évaluer, dans la grande majorité des cas, c'est la multiplicité des facteurs à prendre en compte. Les situations de danger préoccupantes et à haut risque sont complexes. De nombreux facteurs interagissent. S'il existe certains points communs à l'ensemble des cas, qui valent d'être connus et qui nous orientent, les causes sont toujours multiples. Difficulté supplémentaire : ce qui est le plus visible peut bien ne pas être le plus essentiel ni le plus déterminant dans l'origine d'une maltraitance. Si l'inquiétude initiale porte généralement sur une trace, un incident ou une parole, l'évaluation ne peut être complète qu'en associant plusieurs niveaux d'observation et d'analyse. Une maltraitance suspectée peut en cacher une autre, insoupçonnée.

Il faut encore rappeler que les diverses formes de maltraitance coexistent parfois et que les répercussions psychologiques peuvent être plus sérieuses que les traces observables. Le champ de la maltraitance, malgré sa complexité et les interrogations qu'il suscite – au plan juridique, au plan préventif, au plan diagnostique, au plan des fins et des moyens, au plan éthique, collectivement et individuellement – ne prend de sens que s'il s'appuie sur deux principes unificateurs essentiels :

- L'état de souffrance de l'enfant est le repère prioritaire à chaque étape des interventions.
- Les parents doivent bénéficier d'une écoute et d'une aide appropriées à leurs souffrance et difficultés personnelles.

Les mauvais traitements physiques

Typologie des violences physiques

Les plus fréquentes consistent en des coups, pincements, serremments, secouements à mains nues. Ces actions violentes laissent généralement des traces visibles sur la peau. On parle d'ecchymoses ou d'hématomes, ce qu'on appellera couramment des « bleus », petits ou grands, nombreux ou pas.

Plus rarement, il s'agira de morsures, de cheveux arrachés, d'écrasement, de torsion...

Moins fréquemment encore, les violences physiques sont exercées avec un objet du type bâton, manche, chaussure, ustensile de cuisine, câble électrique... entraînant des traces de type ecchymoses et hématomes, mais aussi des lacérations, indiquant souvent par leur forme ou leur linéarité l'emploi d'un objet.

Des plaies ouvertes ou des brûlures peuvent exister, par l'emploi d'objets tranchants, de bouteilles, de cigarettes, de fer à repasser, d'eau bouillante...

Sous la violence des coups, il peut y avoir des lésions des organes internes et/ou des fractures, surtout chez le nourrisson et le jeune enfant. Les lésions dues aux violences physiques sont localisées au visage, autour des oreilles, dans le dos, à l'intérieur des cuisses.

Il existe des critères de localisation différents de ceux résultant de chutes et de jeux d'enfant (jambes, mains, avant-bras...). L'évaluation médicale est importante, d'autant plus que quelques rares maladies du sang ou des os peuvent induire en erreur. Des petites taches

rosées appelées pétéchiées sont à interpréter, si elles existent, lors de l'examen médical.

Deux formes particulières et rares de maltraitance physique doivent être mentionnées : le syndrome de Munchausen par procuration et l'intoxication volontaire. Elles seront brièvement décrites séparément.

Chez le très jeune enfant

Chacun sait la fragilité du nourrisson. Les gestes les plus protecteurs, les plus calmes et les plus tendres vont de soi au cours des premiers mois. Ensuite, l'enfant prend plaisir par moment à des jeux plus mouvementés. Souvent proposés par les pères, ils peuvent faire trembler les mères. Mais ce sont des jeux et chacun le sait et le sent.

Pourtant les parents maltraitants évoquent facilement ces sautilllements sur les genoux, les petits vols à bras tendus comme cause possible des lésions. Le jeune enfant qui se développe est confronté, au fil de ses progrès moteurs, à de nombreux risques de chutes ou d'accidents domestiques. Mais lorsqu'ils surviennent, il y a souvent plus de peur que de mal. Grâce à la souplesse de leur corps et de leur ossature, bien des lésions graves leur sont naturellement épargnées. Des études anciennes ont étudié les chutes d'un lit ou d'une table à langer dans les hôpitaux, confirmant la faible probabilité de lésions graves.

Généralement, les parents ont recours à un examen médical pour s'assurer, sans délai, que la chute est sans conséquence grave. Ils le font en manifestant un sentiment d'inquiétude et de culpabilité lorsqu'ils expliquent l'accident au médecin. Ces considérations semblent nous éloigner du sujet ; or elles tracent succinctement quelques repères utiles pour qui est confronté à une situation qui pourrait ne pas être accidentelle.

La violence physique envers des nourrissons existe bel et bien. Ses conséquences sont graves, souvent inva-

lidantes et même parfois mortelles. L'intervention préventive s'apparente ici à un sauvetage, à une urgence. Or un bébé maltraité n'est pas d'emblée dans un état imposant des soins urgents. S'il souffre de fractures, celles-ci sont bien souvent inapparentes. Seuls des clichés radiographiques et des examens par scintigraphie (une technique utilisant des produits nommés isotopes pour produire des images du squelette) vont pouvoir, par des caractéristiques que les pédiatres connaissent bien, être associées à des gestes violents, des manipulations brutales ou même des coups portés.

À vrai dire, hormis les cas d'accidents de roulage ou ceux dont des témoins peuvent attester, toutes les lésions traumatiques observables sur le corps de très jeunes enfants devraient commander un examen médical et un questionnement sur les causes et les circonstances. Bien évidemment, des lésions dues aux maladies de l'enfance – rougeurs, vésicules, infections cutanées... – sont courantes et peuvent même, dans de rares cas, provoquer des ecchymoses ou des hématomes. Une petite bosse au front chez un enfant qui se tient à peine debout est possible. Mais des petits bleus au visage ou des traces de doigts ailleurs sur le corps appellent à une grande vigilance, surtout si les incidents se répètent ou que les signes sont multiples et de colorations variées. Rappelons que ce qu'on appelle communément un « bleu » passe, en une à deux semaines, par des couleurs différentes avant de s'estomper tout à fait.

Ce qui est dit ici est une invitation à se poser des questions et à en poser. Il ne s'agit pas d'établir un diagnostic sans les connaissances médicales nécessaires. Il faut se demander ce qu'il est possible et raisonnable de faire, de la position que l'on occupe. Est-on un soignant ? Un témoin fortuit ? Un proche de la famille ? Un travailleur social ? Est-on fondé à questionner les parents ? Est-on formé à cette écoute ? Est-on seul à savoir ? Qui connaît et suit l'enfant et sa famille ? On devine à la diversité des questions qu'un principe s'impose : ne pas rester seul à tenter de résoudre les inconnues d'une telle équation. Coopérer avec la famille est important, mais dans les cas rares et dangereux que nous évoquons ici – surtout si déjà de

nombreuses inquiétudes existent à propos de ce jeune enfant et de sa famille, ou si nous n'avons aucun motif sérieux d'être rassuré – dialoguer rapidement avec les professionnels qui interviennent déjà pour cette famille deviendra une nécessité.

Il arrive donc qu'il faille courir le risque de voir notre inquiétude concernant des mauvais traitements et l'urgence ressentie invalidées à la suite d'une évaluation médicale et multidisciplinaire. Mais dans un climat de coopération positive et de respect mutuel tel qu'il existe dans la grande majorité des réseaux d'aide à l'enfance, mieux vaut s'assurer à temps de ce qu'il en est réellement.

Le bébé secoué

Toujours dans le domaine des mauvais traitements physiques dont peuvent être victimes les plus jeunes enfants, il faut évidemment accorder une grande importance au « syndrome du bébé secoué » et à ses graves conséquences, qui résultent de ce que l'on appelle des hématomes sous-duraux. Il est important de savoir que l'irritation que peut créer un enfant, dès la naissance, chez un adulte fragilisé, notamment par ses cris, est susceptible de provoquer une réaction de secouement brutal du bébé.

La tête du bébé va subir des mouvements d'avant en arrière de très grande amplitude, ceci en raison de la faiblesse musculaire du cou qui ne lui permet pas de suivre les mouvements violents imposés au corps. Un contrechoc répété se produit entre le cerveau et le crâne. Ce mouvement interne cisaille des vaisseaux veineux qui vont se briser et créer des écoulements de sang dans la tête. Ceux-ci vont comprimer des zones du cerveau et les endommager de manière plus ou moins irréversible. Ces emportements sur le nourrisson peuvent se répéter et être associés, en plus, à des chocs de la tête, contre un mur par exemple, et à d'autres formes de violence.

Le plus souvent, l'enfant ne présente que ces hématomes sous-duraux, sans autres traces de violences,

parfois sans indices de difficultés familiales particulières. Soit l'enfant convulse ou entre dans un état comateux qui doit l'amener au service des urgences, soit il souffre à domicile d'une altération de son état général, a des vomissements, présente de l'irritabilité. Le périmètre crânien augmente beaucoup plus vite que la croissance normale ne le prédirait. Les conséquences, outre le décès, peuvent être de lourdes séquelles et handicaps.

Certains programmes de prévention visent l'ignorance répandue du risque grave du secouement d'un nourrisson, mais ont aussi démontré qu'il ne suffit pas d'augmenter les connaissances des parents. C'est sur la colère générée par les pleurs de l'enfant que l'action préventive peut être la plus efficace. Cette réaction qui pousse à secouer un bébé violemment n'est pas exceptionnelle et ce, dans tous les milieux.

Les corrections abusives

La violence physique exercée et revendiquée comme moyen éducatif visant à corriger certains comportements n'est pas l'objet d'un consensus. Pour certains, toute forme de punition corporelle est une maltraitance ; pour d'autres, il est nécessaire de nuancer.

Sans entrer dans le débat sur l'interdiction légale de la fessée, est-il vraiment opportun de qualifier de maltraitance toute forme de violence mineure exercée par un parent sur son enfant ?

Assurément oui si l'enfant est en très bas âge, si l'acte peut blesser, si la douleur provoquée est intense, si l'humiliation est à l'avant-plan. Par ailleurs, toute punition corporelle relève-t-elle du champ de la maltraitance ? La limite est peu claire. Notre propre jugement, notre propre expérience, nos propres critères culturels interviennent. En général, les valeurs et repères éducatifs des familles font l'objet de notre respect de la différence mais peuvent ici soulever notre indignation, à l'aune de nos critères. Nous pouvons aussi nous trouver heurtés par la raison invoquée par le parent – comme le simple fait, par exemple, de soutenir le

regard lors d'une remontrance verbale. Remarquons en outre que, face à des actes semblables, le vécu et la souffrance psychique des enfants varient considérablement selon le contexte familial et culturel.

Si seuil il doit y avoir, ne devrait-il pas être restrictif, en n'excluant de la maltraitance physique que des gestes peu fréquents, peu intenses et compris comme symbole d'une limite nettement dépassée? Que penser aussi d'un incident unique mais violent qui survient sous le coup d'une émotion débordant le parent, comme par exemple la panique? Typiquement, c'est l'enfant qui a failli se faire écraser ou qui fut à deux doigts de provoquer une catastrophe. On s'y arrêtera, ou le déplorera – souvent moins que le parent lui-même... Mais n'est-il pas préférable de traiter l'événement comme un signal d'alarme qu'il faudra décoder?

S'il y a coups et blessures, il y a maltraitance. L'enfant qui subit des corrections physiques violentes, des études l'ont montré, est moins enclin à dénoncer l'auteur que des enfants victimes d'abus sexuels. Des phénomènes de loyauté témoignent des liens d'attachement que l'intervention pourrait mettre en péril. La crainte de la rétorsion existe souvent.

Les lésions présentées par l'enfant, parfois choquantes et vilaines à voir – lacérations, stries cutanées multiples... – ne sont qu'un élément de mesure du degré de maltraitance et de son pronostic.

Un premier conseil sera d'interroger nos propres réactions et de maîtriser nos émotions. Une attitude franche et ouverte, directe envers l'enfant et envers ses parents n'empêche pas la fermeté. Car il faut y voir clair et amorcer une désescalade avant de rechercher des solutions pour et avec l'enfant et ses parents.

Enfin, il arrive dans certains cas extrêmes que, sous le prétexte de nécessaires corrections du comportement difficile d'un enfant, se cache un véritable rejet violent et systématique de celui-ci, impliquant une forte dimension de sadisme et par conséquent, de maltraitance psychologique.

Autres formes de maltraitance physique

Le syndrome de Munchausen par procuration

Forme très particulière de maltraitance où un jeune enfant est soumis à des gestes ou à des produits dangereux dans le but de simuler des problèmes médicaux, comme des crises de convulsions, des pertes de conscience, des saignements, de la fièvre. On parle de « *mythomanie médicale itinérante* ». Il en résulte une multitude d'investigations médicales ou chirurgicales. Les traitements proposés ensuite restent sans succès. Toutes ces falsifications, induites par l'adulte à l'insu de tous, ont pour but apparent d'attirer l'attention du personnel médical ou la sympathie de l'entourage. L'auteur, généralement la mère, possède des connaissances médicales et a un lien avec le domaine des soins de santé. On ne perçoit pas de trouble mental flagrant. Les conséquences peuvent être très graves et mutilantes pour l'enfant. Les méthodes de l'investigation criminelle doivent généralement être utilisées pour établir les faits.

L'intoxication volontaire

De nombreuses intoxications par des produits ménagers ou des médicaments sont accidentelles ou résultent d'imprudences ou d'erreurs commises. D'autres sont très directement dues à de la négligence, soit ponctuelle soit générale et chronique. Plus rarement, des toxiques ou des médicaments sont administrés volontairement à des doses dangereuses. Vu sous l'angle pénal, il s'agit de tentative d'empoisonnement. Il s'agit d'une forme d'agression de l'enfant qui peut survenir dans un contexte suicidaire et de désespoir, mais qui peut aussi révéler des pulsions meurtrières.

Les indices comportementaux

Comme il est fréquent dans de nombreux problèmes vécus par des enfants et adolescents, les enfants maltraités lancent des « appels » par des comportements tantôt bruyants et dérangeants, comme être soi-même

violent, tantôt silencieux ou plus discrets, comme des plaintes physiques ou la perte des capacités scolaires antérieures. Peu d'enfants maltraités se plaignent ouvertement et spontanément. Aller vers eux et leur parler a tout son sens, comme nous le verrons plus loin.

Des signes de régression peuvent survenir chez l'enfant, comme de l'encoprésie ou de l'énurésie et, dans un autre registre, des conduites de petit qu'on ne lui connaissait plus. Mais des manifestations régressives sont à interpréter avec prudence, tant elles sont fréquentes à certaines étapes du développement de l'enfant ou en relation avec un événement de sa vie comme la naissance d'un petit frère.

On observe aussi des manifestations de peur tels des mouvements de défense, de protection du visage par le bras en réaction à un geste un peu vif, des sursauts – une sorte d'état d'alerte. Ces troubles peuvent s'imbriquer et coexister. Provocation, opposition, incartades ou graves inconduites, comme mettre le feu, saccager un lieu... vont dans un même sens : provoquer une sanction, et même, si l'on n'y prend garde, solliciter la colère de l'adulte. Le risque de reproduction, par les éducateurs, de schèmes violents et de violence physique existe réellement avec les enfants maltraités physiquement.

Avec l'âge, la confrontation peut devenir explosive. Remarquons ici que les conduites difficiles, agressives et perturbantes sont l'objet d'attention, alors que les enfants qui souffrent et développent des troubles à bas bruit, sans perturber, risquent de ne pas éveiller l'attention sur ce qui leur arrive dans leur milieu.

Les équipes scolaires, éducatives et de loisirs doivent veiller à ne pas faire porter leurs échanges et réflexions à propos des enfants à problèmes dans le seul registre de l'événementiel.

Des mécanismes de défense psychologiques tels que l'identification à l'agresseur ou la maîtrise du traumatisme par un agir similaire sur d'autres enfants peuvent être une clé de compréhension de ces conséquences comportementales de mauvais traitements.

Dans l'enfance, il est plus rare d'observer des conduites d'automutilation, suicidaires ou délinquantes. Celles-ci surviennent plutôt à l'adolescence, comme en outre les troubles alimentaires et des consommations de substances addictives, suite à de la maltraitance subie. Toutes les formes de maltraitance aggravent le risque de souffrir de telles difficultés, y compris à l'âge adulte. La prévention d'une frange importante de problèmes de santé mentale des futurs parents repose sur la qualité de la prise en charge des enfants et adolescents maltraités.

Rappelons que de rares enfants, et parmi eux des enfants poly-maltraités, présentent un tel degré de souffrance psychique que celle-ci bloque leur croissance. On parle de nanisme psychosocial ou encore de nanisme psychogène. Des troubles des conduites y sont associés comme le chapardage alimentaire, la potomanie, les déjections dans divers lieux du logement... Ces comportements ont un caractère organisé et ne renvoient pas à un trouble psychotique.

L'attitude des parents et leurs dires

En règle générale, la violence physique exercée sur de jeunes enfants est tue et cachée par les personnes responsables. Qu'un parent vienne déclarer ouvertement qu'il a perdu son contrôle, qu'il a frappé ou secoué l'enfant en s'en inquiétant et en demandant de l'aide relève de l'exceptionnel. Au moins dans un premier temps, la réaction la plus commune est le déni, soit le refus d'admettre, tant pour soi qu'envers les autres, la réalité des faits.

Parmi les données classiques et régulièrement vérifiées dans la pratique, retenons les éléments suivants :

- L'aide médicale est recherchée tardivement.
Par exemple, le bras faisait mal depuis trois jours, une brûlure a été soignée quelques jours avec les moyens du bord ; ou encore on discerne à leur coloration variée que des bleus ne se sont pas produits le même jour...
- La version donnée de l'accident ne correspond pas ou très mal à ce que l'on observe.

Par exemple, le coup à l'aide d'un jouet asséné par l'aîné de trois ans ne peut avoir fracturé le crâne, la jambe prise entre les barreaux du lit ne peut pas expliquer une fracture du fémur...

- La version donnée des faits et des circonstances varie d'un moment à l'autre ou d'un interlocuteur à l'autre ; elle présente des contradictions ou des invraisemblances.

Par exemple, le ou les hématomes périorbitaires (« œil au beurre noir ») observés sont incompatibles avec une glissade dans la baignoire...

- L'enfant est présenté à des soins, sous un prétexte médical léger et comme une urgence, à des moments inhabituels de la journée ou même, de la nuit. Alors que l'examen réalisé ne montre aucun motif grave ni actuel d'inquiétude, il y a lieu d'être circonspect, surtout si l'enfant est très jeune. Il peut s'agir d'une demande masquée de protection contre des pulsions agressives envers l'enfant ;
- L'attitude des parents peut frapper par l'indifférence à l'état de l'enfant, comme elle peut à l'inverse être très ouvertement agitée, emportée et agressive. Un questionnement normal des parents provoque une réaction indignée, pointant l'injustice d'une accusation qu'aucun des mots utilisés n'a transmise. L'intervenant va en ressentir éventuellement un profond malaise, si pas éprouver un sentiment de culpabilité parce qu'il pense faire mal à ces gens. On conçoit bien qu'il faille éviter d'affronter seul de telles situations. Un regard tiers et le soutien d'une équipe sont clairement nécessaires pour diffracter la colère, éviter l'escalade ou la fuite, et négocier un temps d'arrêt nécessaire à la réflexion et à l'évaluation complète de la situation.
- Les parents ne présentent rien de ce qui précède, ne comprennent pas ce qui s'est passé, paraissent calmes et concernés. On peut être touché par leur candeur et tenté d'échafauder à leur place des scénarios qui rendraient compte de l'état de l'enfant sans qu'ils en soient responsables.

On verra donc un peu vite la compliance de certains parents comme un élément très rassurant. Or une attitude coopérative n'est qu'un des éléments qui

permettent d'envisager le traitement de la violence exercée sur un enfant et son retour au foyer.

L'identification d'une demande d'aide par la reconnaissance sincère de certaines difficultés est un autre critère important. Et si, malgré une séparation temporaire, comme lors d'un séjour à l'hôpital, les processus de pensée des parents restent figés, que l'enfant et/ou les intervenants restent pour ceux-ci les seuls à blâmer, qu'aucune part de responsabilité n'est endossée, que le déni ou la minimisation n'évoluent pas, qu'il n'y a ni chaleur ni empathie qui circulent entre parents et enfant, rien ne permet de dire que les conditions d'une thérapie sont réunies. Ce traitement est pourtant une condition nécessaire, quoique non suffisante *a priori*, pour écarter un risque majeur de récidence.

Par contre, lorsqu'au-delà d'une coopération superficielle on voit naître les éléments d'une demande, en contrepoint des attitudes décrites ci-dessus, on pourra mettre en œuvre un programme à visée thérapeutique, qui comportera dans les cas graves la mise à l'abri de l'enfant le temps nécessaire à sa sécurité et à la réalisation des objectifs du traitement.

Les abus sexuels

Pour bien comprendre la situation d'aujourd'hui et mesurer le chemin parcouru, il faut rappeler l'ignorance générale du problème dans un passé tout proche. Parmi les adultes et parents d'aujourd'hui, de très nombreuses anciennes victimes d'abus sexuels n'ont pas pu, dans leur enfance ou leur adolescence, dénoncer les faits. Même s'ils se sont exprimés à l'époque, ils n'ont généralement été ni entendus ni crus. Ils n'ont obtenu ni soins ni réparation. Une évolution générale progressive et favorable est observée depuis plus de vingt ans. Il serait toutefois excessif de prétendre que ce qui fut la règle par le passé, cette prison du silence imposé à l'enfant abusé, serait devenue totalement l'exception.

Retenons tout d'abord que les abus sexuels sont fréquents et qu'ils concernent – plus que d'autres formes de maltraitance – toutes les classes sociales. Mais qu'entend-on par fréquent ? Une remarque s'impose : on est passé d'un problème tenu des plus secrets et insoupçonné à une large reconnaissance de cette forme de violence.

Ce faisant, on a identifié de plus en plus de cas réellement sérieux et fondés, actuels et passés. Il en a résulté le sentiment d'une vague déferlante et, à divers niveaux, dans la société, un phénomène de « panique morale ». Des chiffres aussi impressionnants que 20 % des femmes et 10 % des hommes dans la population auraient été victimes d'abus sexuels. Mais ces estimations sont basées sur le fait d'avoir été victime, au moins une fois, pendant l'enfance ou à l'adolescence, d'actes à connotation sexuelle non consentis, y compris en l'absence de contact physique, comme dans le cas de l'exhibition ou de l'exposition à du matériel pornographique.

Si l'on considère les signalements pour attouchements sexuels et viols jugés fondés et concernant

des enfants et des adolescents d'aujourd'hui, nous pensons raisonnable d'avancer qu'entre un et dix-huit ans, de 1 à 2% de la population juvénile aura subi une maltraitance sexuelle. Ce chiffre élevé comprend les actes sexuels posés par des adolescents sur des enfants plus jeunes ou sur d'autres adolescents non consentants.

Ne nous accrochons pas ici aux chiffres et aux débats contradictoires qu'ils peuvent engendrer. Tournons plutôt nos regards vers la clinique en mettant en perspective les informations les plus pertinentes, afin de prendre part au mieux, de la place que chacun occupe, à la prévention et à l'aide. Rappelons que la prévention, dans le domaine de la maltraitance, vise, au niveau général, à éviter que les faits ne se produisent, et dans les cas particuliers, à dépister les faits avant qu'ils ne se prolongent et s'aggravent.

Sans reprendre les arguments et les débats sur les campagnes de prévention générale des abus sexuels, nous voulons cependant signaler que de nombreuses jeunes victimes se sont senties encouragées à parler en s'appuyant sur les informations et les témoignages circulant dans les médias. Le revers de ces diffusions ou campagnes de masse pourrait être un taux plus élevé de dénonciations peu fondées ou abusives. La réactivation du traumatisme d'anciennes victimes a été décrite comme un autre effet négatif possible.

Typologie des abus sexuels

Toutes les formes d'activités à connotation sexuelle proposée ou engagée par un adulte envers un enfant sont considérées comme un forme de maltraitance, qu'elles soient ou non associées à la contrainte physique, à des menaces, à du chantage explicite ou implicite, à de la séduction ou à des récompenses. Le statut de l'enfant et le niveau de maturité propre à son âge, dans de telles circonstances, le placent toujours en position d'inégalité, dans une situation où il subit un abus de pouvoir.

Ce principe est affirmé dans les textes et définitions officiels. Se pose la question de l'âge possible du consentement authentique et d'éventuelles activités sexuelles non abusives avant l'âge de la majorité. On pourra être plus nuancé pour les relations entre adolescents et très jeunes adultes, et pour les activités de nature sexuelle partagées par des adolescents avec de plus jeunes qu'eux. Lorsque la différence d'âge dépassera quatre ans, on se montrera en tout cas très ferme quant à la nature abusive du comportement de l'aîné.

La majorité des abus sexuels se produisent dans le cercle familial. On parlera d'abus sexuels intrafamiliaux, que l'on différencie des abus extrafamiliaux. L'intérêt principal de cette distinction est de souligner l'importance des liens familiaux existant, dans environ deux tiers des cas, entre jeune victime et auteur. L'auteur, s'il est extérieur à la famille, est connu de la victime, par ses contacts scolaires, sportifs, de voisinage... , dans une majorité des cas. L'agression sexuelle par des inconnus est beaucoup plus rare.

L'âge de début des faits dans l'enfance se situe majoritairement entre six et onze ans. La première agression est également fréquente, surtout pour les filles, à l'adolescence. Remarquons que la situation incestueuse, au sens strict, n'est pas majoritaire. Les garçons représentent 20 à 25 % des victimes d'abus sexuels. Ils sont plus souvent agressés dans un cadre extrafamilial et par une figure d'autorité. Les auteurs d'abus sexuels sont très majoritairement des hommes et les abus commis par des femmes agissant seules sont rares et mal documentés.

Ces catégorisations sont établies à grand trait sans entrer dans le détail des études et des données statistiques, fort imparfaites du reste. Elles nous indiquent déjà la diversité des situations d'abus sexuels et les nuances importantes dont il faut tenir compte dans l'intervention.

En ce qui concerne les faits et leur catégorisation, on retiendra :

- Les sollicitations sexuelles sans contact, comme l'exhibitionnisme ou le voyeurisme, l'incitation à accomplir des gestes d'ordre sexuel, filmés ou pas, le harcèlement par des propos à caractère sexuel...
- Les attouchements sexuels, comme les attouchements ou caresses aux parties génitales ou à la poitrine. Cette forme d'agissements est la plus fréquemment signalée et celle que subissent majoritairement les jeunes enfants. Le terme d'attouchements est quelque peu trompeur, car toutes les pratiques sexuelles sans pénétration s'y trouvent incluses et vont souvent bien plus loin que de simples caresses (masturbations forcées, cunnilingus...). Le Code pénal regroupe les deux catégories ci-dessus dans un ensemble que constituent les attentats à la pudeur.
- Le viol, dont la définition est aujourd'hui étendue à tout acte de pénétration sexuelle (vaginale, anale, orale) de l'enfant.

Les critères médicaux

La grande majorité des abus sexuels ne créent ou ne laissent aucun signe caractéristique identifiable par les examens médicaux, même très spécialisés. De nombreuses études situent à environ 15 % le nombre d'examens procurant une information médicale significative. Mais, si l'examen médical n'est pas un outil de dépistage, il peut être, et il faut y insister, un moyen de diagnostic ou même de preuve formelle dans certains cas.

En d'autres termes, lorsqu'ils existent, les signes médicaux peuvent corroborer les dires d'un enfant, et parfois formellement identifier l'abuseur. Retenons surtout que, s'il existe une forte présomption d'abus sexuel, et surtout de viol, l'examen médical et l'emploi d'une trousse médico-légale pour faire divers prélèvements et une éventuelle recherche d'ADN, s'imposent endéans les 48 heures, à défaut les 72 heures. En outre, un protocole médical de traitement préventif de maladies sexuellement transmissibles doit être appliqué dans

certaines situations, ainsi que celui du risque éventuel de grossesse.

Dans les autres cas, il vaut mieux différer l'examen spécialisé afin d'assurer un maximum de confort et de compréhension à l'enfant concerné.

Cette brochure s'adresse en priorité aux personnes qui sont en contact, par leurs activités professionnelles ou bénévoles, avec les familles ou avec les enfants et adolescents. C'est en amont des procédures spécialisées que ces personnes vont prendre place, par leur écoute, leurs observations et leurs conseils, dans le cheminement hasardeux de la révélation d'un abus sexuel par un enfant.

Il est délicat d'encourager un enfant à dire, sans lui faire dire ce qu'il n'a pas dit et sans qu'il ne nous en dise trop, n'étant chargés ni de l'enquête ni d'une expertise. Nous déconseillons tout activisme en la matière, surtout en l'absence d'une formation. Une règle d'or lorsqu'un enfant vous fait la confiance spontanément ou lorsque vous tentez de comprendre une attitude inhabituelle (« C'est avec Jean-Marc, le copain de ma mère » ou : « Je ne veux plus aller chez mon oncle Pierre », par exemple) est de l'encourager à vous en dire plus. C'est une invitation ouverte, faite de manière empathique mais neutre, et surtout non suggestive, ce qui n'est pas aisé. On a tendance spontanément à faire l'inverse : « Il t'a fait quelque chose de mal ? » ; pire, parfois, on va fermer la porte à ce timide essai que l'enfant voudrait suffisant, en répondant : « Mais il est super gentil avec toi, Jean-Marc » ou : « N'essayes-tu pas d'aller jouer plutôt que de te faire aider pour tes devoirs par ton oncle ? ». Privilégier les questions ouvertes donc : « Que se passe-t-il ? », « Parle-moi (de ce qui te tracasse) », « Dis-moi plus sur... ».

Remarquons qu'une rougeur ou une petite lésion dans la zone génito-anale induit, dans certains contextes familiaux, la crainte d'une situation d'abus sexuel. Si le jeune enfant est interrogé de manière suggestive (« On t'a fait mal ? », « Qui t'a frotté là ? »), il y a un risque d'emballement si pas de fausses accusations.

L'examen du pédiatre dans ces cas pourra être rassurant et attribuera le problème à des causes courantes. Ce n'est pas pour autant qu'un parent inquiet d'un abus, en raison de son histoire personnelle et de ses conflits actuels, ne poursuivra pas malgré tout dans la voie d'une recherche de preuves matérielles que le médecin ne peut lui apporter.

Pour être complet, il existe de rares situations où l'abus sexuel chronique se révèle par une grossesse.

La parole de l'enfant

Pour l'essentiel, c'est la parole de l'enfant ou de l'adolescent qui ouvre à la question d'un abus sexuel. Dans une certaine mesure, des comportements sexualisés sont susceptibles d'y faire penser. Enfin, un cortège de symptômes ou comportements fréquents en clinique infantile peuvent y être associés.

L'audition des mineurs présumés victimes d'abus sexuels est à présent très codifiée. De nombreuses recommandations ont été émises et intégrées, avec plus ou moins de bonheur selon les pays et les ressorts des tribunaux, dans les procédures judiciaires. Pour déclencher celles-ci, il faut nécessairement qu'il y ait, venant de la famille ou des professionnels, une plainte ou un signalement avec ouverture d'une enquête. L'enfant est invité à une narration aussi précise que possible des faits. Il est soutenu dans ses efforts de mémoire dans le but de l'aider à fournir un maximum de détails. L'entrevue est vidéo-filmée et permet d'éviter aux enfants d'être réentendus sur les mêmes faits et circonstances.

La méthodologie de ces entretiens d'enquête a fait l'objet de progrès scientifiques considérables au cours des quinze dernières années. Un soin particulier est à apporter à la formation des enquêteurs qui auditionnent et des experts appelés à évaluer la crédibilité du discours de l'enfant. Dès l'âge d'environ trois ans, malgré les difficultés et limitations spécifiques, il est utile et nécessaire de recueillir systématiquement par

de telles méthodes les dires d'un enfant présumé victime d'abus sexuel.

Le doute persistera souvent et la certitude sera rarement au rendez-vous. On fera toujours œuvre utile en acceptant ces aléas sans parti-pris et en contenant avec sérénité les retombées comme l'incompréhension, le sentiment d'injustice... On prône aujourd'hui une même unité de temps et de lieu pour l'accueil et le soutien psycho-médicosocial de l'enfant et pour la réalisation de l'audition et des examens médico-légaux. À défaut d'une telle unité, la nature même d'un dévoilement d'abus sexuel implique des réponses d'aide, de soutien et d'enquête bien coordonnées. Il faut se rendre compte des limitations de l'action judiciaire en raison des principes mêmes du droit. Une enquête prend du temps, un jugement – s'il a lieu – vient tard.

L'enfant, comme son entourage, ont besoin d'aide et de compréhension sans délai en situation de crise, mais aussi à plus long terme selon le traumatisme vécu.

Pour en revenir aux critères empiriques qui peuvent nous aider en première ligne, retenons les éléments qui plaident pour la réalité d'abus sexuels subis par un enfant.

Quant à la question de la parole de l'enfant telle qu'elle peut se poser aux intervenants de première ligne, il s'agira tantôt d'un propos rapporté par un tiers qui a entendu ou questionné l'enfant, tantôt d'une confiance directe faite par un enfant. L'appréciation et le maniement de telles informations sont particulièrement délicats. Il existe de nombreux critères qui orientent vers la véracité des dires, mais leur mise en évidence et leur interprétation relèvent d'une évaluation spécialisée.

La prudence nous invite à ne pas les énumérer en dehors du cadre d'une formation spécifique qui les nuance et les illustre. Rappelons que l'on se projette, sans en avoir bien conscience, dans les situations d'abus et ce, entre deux pôles opposés qui consistent d'un côté à s'identifier totalement à l'enfant victime, ou de l'autre à rejeter au loin l'image d'un parent défaillant.

Ceci revient à dire que nous risquons d'accueillir les propos entendus comme autant d'indices indiscutables, quitte à renforcer notre conviction par des questions suggestives qui amèneront des réponses que nous aurons induites. À l'opposé, on peut aussi, par des indications verbales et des attitudes non verbales, véhiculer le doute ou la désapprobation au point de refermer ce qui venait d'être entrouvert. Pour être adéquat, l'intervenant ne doit pas endosser l'habit d'enquêteur. S'il recueille, avec neutralité et bienveillance, un récit portant sur une possible agression sexuelle, il s'attachera à recueillir les informations de la manière la plus objective possible. Dans quelles circonstances précises la parole de l'enfant a-t-elle été reçue ? Avait-il été interrogé précédemment ? À quelles questions a-t-il répondu ? Quels mots précis a-t-il employés ? L'enfant a-t-il manifesté un embarras, une gêne, une réticence ou une hésitation ? La nature sexuelle des faits est-elle claire ? Un adulte ou un aîné est-il clairement impliqué ?

Il est important de bien consigner cet ensemble d'éléments. On sait par exemple que les enfants victimes d'abus sexuels emploient des mots appropriés à leur âge et à leur stade de développement. Les jeunes enfants victimes peuvent lancer un propos explicite et inquiétant de manière spontanée, sans malaise apparent, ou l'air de rien, par exemple du fond de la voiture ou en jouant chez des voisins.

Enfin, les allégations trop peu étayées et floues sont fréquentes. Par contre, les fausses allégations, mensongères et induites par un adulte, explicitement ou implicitement, sont plus rares. Dans ces cas, l'enfant tiendra généralement un discours stéréotypé, sonnait faux pour qui a l'expérience, et sans participation émotionnelle.

Les indices comportementaux

Les comportements et les signes psychiques peuvent orienter vers une hypothèse d'abus sexuels sont délicats à décoder, car ils sont peu spécifiques. Des comportements sexuels problématiques sont dans

certain cas indicatifs ; ils ne devraient pas être trop vite rangés au rayon des jeux et découvertes sexuelles normales entre enfants. Il vaut mieux, s'il s'agit réellement de cela, bien s'en assurer ! Ces comportements, lorsqu'il s'agit d'agression sexuelle d'un autre enfant, d'une simulation de relations sexuelles, de manifestations et d'intérêts sexuels intenses et inhabituels pour l'âge, appellent une élucidation.

Notons que les attitudes, envers les adultes, de provocation ou de séduction à connotation sexuelle manifeste sont inquiétantes mais très rares, même à l'adolescence et quoi qu'en disent nombre d'agresseurs ou que suggèrent certaines œuvres littéraires.

Les symptômes psychiques et psychosomatiques se rencontrent dans de nombreuses circonstances réactionnelles que peuvent vivre les enfants, comme un deuil, une séparation, un traumatisme psychologique, et sont parfois en lien avec des abus sexuels. Tout changement marqué de l'humeur, du sommeil, du comportement devrait amener un questionnement sur les causes possibles. Une chute inexplicable du rendement scolaire doit attirer l'attention. Les changements d'attitude marqués vis-à-vis des proches, l'exigence nouvelle d'être accompagné par un aîné sont des exemples à avoir à l'esprit.

Des douleurs inexplicables, abdominales notamment, ou la survenue de symptômes d'énurésie ou d'encopésie peuvent être reliées à des abus sexuels, bien que ces symptômes soient peu spécifiques.

Pensons à une soudaine peur de lieux ou de personnes, à une irritabilité agressive, à un isolement inhabituel, à des manifestations bruyantes d'anxiété ou de panique apparemment sans fondement.

Concluons qu'en ayant l'ensemble de ces éléments à l'esprit et en observant que plusieurs d'entre eux se conjuguent chez un même enfant, on fait bien de se questionner sur ce qui est sous-jacent, de manière ouverte et sans se précipiter sur l'hypothèse d'un abus sexuel.

Les attitudes parentales

Peu de signes attirent l'attention sur une famille où se produisent des abus sexuels commis sur un ou des enfants. De l'extérieur règne généralement l'apparence de la normalité, qui peut être sympathique et joyeuse ou très discrète et « sans histoires ».

On a décrit des styles familiaux très contrastés où l'occurrence d'abus sexuels d'enfants semblait plus élevée : la famille patriarcale fermée, rigide, stricte dont on sait peu de choses sinon que l'épouse est soumise et les filles très tenues ; puis la famille où les générations sont « copains-copains », permissive, pas trop soucieuse des limites et de la bienséance ; enfin la famille aux transactions chaotiques où l'on entre, on sort, où chacun paraît interchangeable, où un problème est à peine résolu qu'il en surgit un autre... Tout ceci n'est qu'indicatif. Si le climat est incestueux ou pervers, cela ne se détecte pas à distance. C'est dans l'intimité et le secret que cela se joue.

Qu'allons-nous pouvoir observer en matière d'attitudes parentales ? En partant des cas réels tels que nous les avons rencontrés, nous ne pouvons pas dresser un inventaire de troubles psychopathologiques ni des auteurs, ni de la mère, ni de l'enfant.

Rarement, une relation trop exclusive et trop proche entre un adulte et un enfant, relation excessivement complice et riche d'activités rien qu'à deux, va dénoter. L'encouragement et l'admiration par la mère de cette complicité peut faire sursauter ; mais qu'y voir de mal ? Sinon que le couple principal ne semble plus être fait de deux adultes, rien n'indique qu'il y ait une sexualité agie derrière un tableau atypique. Un climat relationnel incestueux n'est évidemment pas sans risques de troubles psychologiques et les ressources d'aide en santé mentale peuvent utilement être sollicitées.

Il est plus aisé par contre de décrire les attitudes parentales dans la crise qui suit un dévoilement par l'enfant.

L'abuseur nie, ou biaise en minimisant les faits et sa responsabilité, en laissant entendre que son état de conscience était altéré, par exemple par l'alcool ; qu'il a été sollicité par la victime elle-même ; que son intention n'a jamais été de nuire et que, dès lors, les conséquences sont exagérées... Parfois il admet et paraît éprouver des remords. Dans d'autres cas, beaucoup plus rares, on assiste à une réaction suicidaire.

La mère, elle, voit son monde s'écrouler. Elle se sent fautive de n'avoir rien vu ni rien soupçonné. Soit elle prend fait et cause pour son enfant, dont la détresse est grande d'avoir causé un tel désarroi à sa mère, soit elle réagit de manière hostile à la blessure qui lui est infligée par les révélations de son enfant. Sa dépendance est mise à nu. Matériellement pour elle, les enjeux peuvent être très pénalisants.

On sait que l'attitude maternelle, sa capacité de « contenance », corollaire à celle de se « contenir » elle-même, de ne pas s'effondrer, joue un rôle déterminant dans le pronostic d'évolution de l'enfant abusé sexuellement. D'où l'importance de chercher, par tous les moyens, à soutenir et contenir psychiquement la figure parentale non abusive, dont l'enfant attend qu'elle le soutienne, et psychologiquement et dans la reprise d'une vie au quotidien aussi normale que possible.

L'aveuglement et le silence de certaines mères est surprenant. Les clés de compréhension se situent souvent dans leur histoire personnelle, peu accessible de prime abord ni à elle ni à nous, lorsque nous cherchons à savoir. Dans certains cas, il est flagrant que la mère est non protectrice, elle-même encore enfant, dépendante, immature et dominée. La relation mère-enfant est entachée de distance affective, de manque de réelle empathie. Bien qu'elle le soigne et s'en occupe, l'enfant lui est comme étranger. La trouble connivence entre l'enfant et l'abuseur à laquelle elle a assisté passivement a pu lui paraître ancrée dans l'ordre des choses, évitant d'y penser ou de chercher concrètement à savoir. Cet accommodement progressif à une situation qui aurait dû porter à réagir ne résulte pas que de facteurs individuels mais de l'équilibre que maintient, avec

certains bénéfiques, le jeu relationnel familial autour de la transgression et du ou des secrets.

En tout état de cause, les enfants abusés attendent que leur mère les entende et les soutienne. Lors d'une crise familiale autour d'un dévoilement, il est essentiel que la mère bénéficie d'un référent pour elle-même et qu'elle y soit invitée sans délai, ceci dans l'intérêt même de l'enfant victime.

Les négligences

Typologie des négligences

Les négligences constituent un vaste ensemble d'éventualités préjudiciables au bien-être des enfants, à leur sécurité et à leur santé, physique et mentale. Elles ont en commun d'être des conduites passives, faites d'abstentions ou d'omissions, qu'elles soient intentionnelles ou non.

Les conséquences sont des plus diverses et varient fort en gravité. Remarquons qu'elles peuvent toucher l'enfant en devenir au cours de la grossesse.

La **négligence physique** est celle qui omet de répondre aux besoins fondamentaux de l'enfant sur le plan alimentaire, sur le plan de l'hygiène, sur le plan vestimentaire ou sur celui de l'environnement physique. Pensons par exemple à de la dénutrition, à une faim anormale, à une malpropreté embarrassante, à des vêtements inappropriés au climat, à l'envahissement de l'espace par des animaux, par des médicaments ou des drogues.

La **négligence éducative** se rapporte au manque de surveillance ou d'encadrement approprié, à l'insuffisance de la fréquentation scolaire, à l'absence de limites posées à l'enfant, à la carence de jouets et de stimulations, à l'exposition à des stimulations excessives et inadéquates. C'est par exemple des enfants livrés à eux-mêmes ou confiés à des tiers irresponsables, l'absence de réaction à des comportements de mise en danger, destructeurs ou transgressifs, le confinement dans un espace dépourvu d'objets permettant le jeu, l'exposition à des images inappropriées à l'âge.

La **négligence médicale** vise les situations où les soins nécessaires ne sont pas recherchés ou ne sont

pas appliqués. D'une part, il s'agit de cas où les soins ne sont pas sollicités et d'autre part, ceux où les soins nécessaires ou indispensables ne sont pas donnés. Par exemple, un nourrisson peut atteindre un état de déshydratation ou d'infection critique qui eût pu être évité par des soins recherchés à temps, ou encore un traitement régulier n'est pas administré, au risque de voir l'enfant perdre ses reins.

La **négligence affective** comporte de nombreux registres comme le manque d'apports affectifs, l'indifférence, la froideur, le retrait, l'absence de manifestations d'empathie ou d'affection, l'abandon.

On pense ici, par exemple, au jeune enfant qui n'est pas porté dans les bras et laissé indéfiniment au lit, à l'absence de réponse aux signaux d'appel ou de détresse, à l'extrême pauvreté des gestes et des paroles consacrés à l'enfant...

Manquements mineurs ou négligences graves ?

La négligence comporte des degrés qui peuvent être représentés sur un axe continu qui partirait de la situation idéale où tous les besoins de l'enfant seraient parfaitement et constamment rencontrés et qui aboutirait, à l'autre extrémité, à des situations de dommages graves pouvant aller jusqu'au décès, résultant de négligences lourdes et multiples. Des écarts à la norme occasionnels, des imperfections dans les soins, la disponibilité affective ou les méthodes éducatives s'observent couramment dans tous les milieux. S'il est possible d'y voir de la négligence, il serait excessif de parler de maltraitance.

On préférera parler de situation à risques, appelant à la vigilance et à l'application de conseils préventifs. Mais à défaut de bien explorer et de bien observer, on risque de placer notre seuil trop haut. Toute forme de négligence observable mérite qu'on s'y arrête. Pris isolément, un incident mineur peut être jugé sans gravité. Pourtant, il peut faire partie d'un ensemble régulier et

préoccupant de négligences diverses, ou même être associé à d'autres formes de maltraitance.

Les négligences, tant par le nombre d'enfants concernés que par la gravité des conséquences immédiates ou futures, sont généralement sous-estimées. Il est utile d'y être attentifs si nous voulons renforcer la prévention et la prise en charge des familles concernées. Plusieurs facteurs peuvent contribuer à cette perception réduite de la négligence comme maltraitance.

Un premier point concerne l'association très fréquente des négligences à des conditions de vie difficiles et l'intrication d'éléments défavorables tels la pauvreté, l'isolement, des problèmes de santé mentale comme la dépression et les assuétudes, des problèmes de santé physique des parents ou de l'enfant... Un autre élément qui peut intervenir est notre perception des fragilités des parents, héritées souvent d'un passé personnel de souffrance et de carence. Associées aux difficultés objectives vécues au quotidien, ces fragilités nous touchent.

On ne discerne que rarement dans le comportement parental une intention ou même une conscience de nuire à l'intérêt de l'enfant. Un mélange de tolérance et de résignation peut gagner l'intervenant. On hésite volontiers à considérer comme alarmantes des négligences dont les conséquences ne nous sont guère apparentes. Pourtant, à un moment donné, l'intérêt du jeune enfant négligé peut commander des mesures qui se substituent, au moins partiellement, aux seules ressources offertes à cet enfant par ses parents.

N'omettons pas, enfin, de soutenir le traitement des troubles psychiatriques des parents avec la persévérance et l'énergie nécessaires. Ces troubles sont fréquents lorsqu'il y a négligences. Les circuits de soins aux adultes et ceux de l'aide à l'enfance présentent encore trop souvent un cloisonnement préjudiciable à la lutte contre les négligences et, de manière générale, la maltraitance des enfants.

Aspects cliniques

Vulnérabilité du jeune enfant

La grande vulnérabilité du très jeune enfant à la négligence doit être soulignée. L'extrême dépendance du nourrisson envers les soins l'expose particulièrement, tant sur le plan physique que psychique, car les premiers liens se tissent et se construisent à partir de l'ensemble des premiers soins. L'enfant peut être très vite atteint dans son développement précoce et dans sa santé physique. Le rythme auquel il se développe augmente rapidement ses besoins, en qualité comme en quantité. Toute carence peut rapidement produire ses effets, mais ceux-ci peuvent être discrets.

Évaluation médicale et sociale

Le rôle de l'examen médical est fort important. Il permet d'apprécier l'état général et le développement du jeune enfant, d'évaluer l'état d'hygiène, d'identifier une cause pathologique sans rapport avec des négligences ou, à l'inverse, de relier à celles-ci les symptômes du petit patient.

Comme les médecins reçoivent les enfants qui souffrent de dénutrition, de déshydratation, d'intoxications, d'accidents domestiques, de dermatoses et parasitoses, ils peuvent s'alerter de la négligence sous-jacente et apprécier l'étendue des dommages.

Encore faut-il que les hypothèses et données cliniques puissent être mises en relation avec les observations issues de l'environnement quotidien de l'enfant. L'élucidation du contexte est importante. Pensons à ces accidents qui comportent une grande part de négligence, bien au-delà de la faute d'inattention ou de la maladresse dont les parents attentifs se sentent toujours terriblement coupables.

Le rôle préventif des visites à domicile des personnels de santé doit être souligné. Mais au-delà des missions de la protection maternelle et infantile, il existe un vide en prévention. Des moyens de surveillance et d'assis-

tance éducative ne se mettent en place que si l'enfant et sa famille font l'objet d'une mesure sociale ou judiciaire de suivi. Cette mesure n'intervient généralement que sur base de négligences lourdes et avérées.

La négligence affective

Mises à part les séquelles d'accidents graves dus à des négligences, les conséquences les plus lourdes pour les enfants, à long terme, se situent sur le plan psychoaffectif. Dès la naissance, la richesse et la qualité des interactions avec la figure maternelle sont vitales. Par rejet, par indifférence, par indisponibilité psychique, des troubles sévères peuvent s'installer chez l'enfant. Ils toucheront le développement psychomoteur et les grandes fonctions comme l'alimentation et le sommeil ; ils freineront la croissance, fragiliseront les défenses naturelles contre les maladies. Très vite, l'enfant manifestera un contact pauvre, terne et indifférent. Son tonus musculaire va s'affaiblir. Parfois, il aura comme perdu son intérêt pour les personnes, ne semblant plus en avoir que pour l'un ou l'autre objet, ou pour les mouvements répétés de sa propre main. Des balancements de la tête ou du tronc peuvent aussi accompagner des privations affectives. Rythmiques, stéréotypées et automutilations, jeu avec les excréments sont des signes appartenant à un tableau clinique extrême, rarement observé de nos jours. En décrivant ces signes, il est important de rappeler l'importance d'un examen neurologique car certains syndromes rares peuvent être à l'origine de troubles semblables.

Avec l'âge, la carence affective et les diverses négligences associées vont toucher l'acquisition du langage et le développement global. Un certain degré d'arriération mentale peut résulter des inhibitions des facultés intellectuelles. En grandissant, l'enfant manifestera encore une avidité affective mal différenciée, s'accrochant à tous ceux qui vont vers lui, mais rompant souvent les liens par des comportements qui provoquent réprimandes et rejet. On se référera utilement aux travaux modernes sur l'attachement et ses troubles pour percevoir, dans des cas moins extrêmes, les signes d'alerte et les actions préventives ou thérapeutiques souhaitables.

Quelques pistes pour agir

Des tests, échelles et questionnaires sont disponibles pour évaluer et mesurer les différents aspects du développement et de son évolution. Des méthodes rigoureuses, malgré les limites propres à chacune, permettent d'explorer la situation familiale et l'évolution des compétences parentales. L'utilisation de ces outils paraît trop peu répandue, alors qu'ils peuvent guider l'assistance éducative et fournir des critères d'orientation vers des soins spécifiques des troubles précoces.

Dans certains cas de négligences graves, un ensemble de mesures sociales, éducatives et thérapeutiques associées à des dispositifs d'accueil accessibles et souples s'avérera indispensable pour éviter une mesure de placement d'un enfant. Les ressources collectives à mettre en œuvre sont considérables. Une mesure compensatoire très probante en bas âge est la fréquentation d'une crèche de jour. Il est notoire que l'offre en la matière ne rencontre pas les besoins.

Pourtant l'importance de cette aide, lorsqu'elle peut être mise en place, mérite une illustration.

Au cours de la vie d'un enfant, les négligences sont un cortège de petits et grands manquements dont nous avons décrit les conséquences possibles. L'enfant fortement négligé va se trouver rapidement dans une dynamique d'échec et d'exclusion sociale. Son estime de soi va en souffrir, ses difficultés scolaires vont le décourager. Faut-il poursuivre et encore noircir le tableau ? Ne vaut-il pas mieux s'intéresser aux mécanismes et aux leviers de la résilience ? Les atteintes physiques et matérielles sont importantes, les soins et les apports compensatoires ont évidemment leur rôle à jouer, mais il faut veiller aussi à des apports moins concrets, visant à soutenir le narcissisme de ces enfants. Il peut s'agir de soutiens initiés en milieu scolaire, dans le cadre d'activités parascolaires ou d'activités créatives et récréatives ouvertes à ces enfants à proximité de chez eux. Plus on propose de sources possibles de valorisation, plus on apporte une aide précieuse aux enfants négligés.

Les stratégies préventives qui sont fondées sur des partenariats locaux, structurés en programmes d'accès aisé pour les enfants et leurs familles, semblent avoir démontré leur pertinence et leur utilité. On retrouve ici encore toute l'importance du travail en réseau et de la communication entre les intervenants.

Prenons l'exemple d'un nourrisson de cinq mois.

Il a été brièvement hospitalisé lors d'une visite aux urgences, où il a été amené suite à l'intervention d'une voisine pour des convulsions sur température. Diverses constatations de négligences de soins sont observées, tant concernant le mésusage des médicaments depuis qu'il est fiévreux qu'au niveau de l'hygiène de sa peau, de ses couches et de ses vêtements. En outre, il apparaîtra, dans les jours qui suivent, que son développement marque un gros retard au niveau global. Il est très hypotonique et apathique. Il ne manifeste que très peu d'intérêt aux personnes et aux jeux. La mère est manifestement limitée intellectuellement et le père, beaucoup plus âgé, peu conciliant, soutient que sa compagne n'a besoin ni d'aide ni de conseils, d'autant qu'il s'est déjà occupé en bas âge de deux enfants, qu'il ne voit plus depuis des années.

Il apparaît très vite que les échanges de la mère avec le bébé sont limités. Elle tient l'enfant serré contre elle et soit elle cherche à l'alimenter soit elle le fait dormir. Une négociation s'entame avec les services sociaux en vue de la fréquentation régulière d'une crèche de jour pour cet enfant. De nombreux obstacles et réticences finissent par être levés.

L'enfant marquait déjà de légers progrès à la fin de son séjour hospitalier. L'alternance de temps passés sans l'enfant et de temps de soins semble avoir quelque peu dynamisé les interactions mère-bébé.

L'accueil du bébé à la crèche va confirmer que cette alternance présence-absence est bénéfique. L'enfant bénéficiant d'un rythme régulier, de nombreuses stimulations, rattrape largement son retard. Les contacts parents-personnel accueillant permettent des échanges

vitalisant la relation à l'enfant et améliorant la qualité des soins à domicile.

Dans de telles situations, il est important de noter qu'il ne s'agit pas uniquement de pallier des soins inadéquats. L'enfant, lorsqu'il n'est pas là puis lorsqu'il est « retrouvé », prend en quelque sorte corps dans l'esprit des parents. Un même mécanisme de représentation psychique du monde relationnel est favorisé chez l'enfant également.

La maltraitance psychologique

L'identification de la maltraitance psychologique est d'une approche particulièrement difficile. Lorsqu'elle existe sous une forme indubitable, elle est faite de répétition de propos malveillants et dénigrants, d'attaques verbales et d'injures visant la personne même de l'enfant, de brimades, d'humiliations, de vexations, et plus subtilement d'espérances brisées, de promesses mensongères, de rétorsion, de mépris des intentions de l'enfant et de connotation négative de ses réactions saines.

On parle aussi d'abus émotionnel, de cruauté mentale. L'exposition des enfants à la violence conjugale ou leur entraînement dans les conflits violents des adultes constitue une forme de mauvais traitements psychologiques, souvent méconnue, et classée un peu vite dans les facteurs de risques associés à de la maltraitance physique et à des négligences.

Jusqu'à présent, nous n'avons pas traité de la question de la fratrie. Dans toutes les formes de maltraitance, les frères et sœurs de l'enfant vers qui se porte la suspicion de maltraitance sont bien évidemment concernés. Il arrive qu'ils soient tous maltraités, mais également qu'un seul enfant soit exposé à la violence ou à la négligence. Certains enfants occupent une place de souffre-douleur exclusif, jusqu'à être parfois véritablement des enfants martyrs dans une fratrie où les autres enfants sont traités normalement. Un enfant peut être le « mauvais objet » d'un parent en raison de ses particularités ou d'un handicap. La dynamique familiale met parfois tour à tour un enfant en position de victime. Dans tous les cas, on sera bien avisé d'avoir une approche familiale et de s'interroger sur le sort des autres enfants, sans oublier leur vécu traumatisant de témoin ou de complices malgré eux. Il n'est pas rare

que des adolescents révèlent un abus sexuel de crainte que leurs cadets n'en soient victimes à leur tour. Cette dimension de solidarité au sein d'une fratrie est un ressort important d'une prévention possible. À l'inverse, il arrive que des violences ou des abus sexuels soient commis par un aîné sur un frère ou une sœur.

Dans le cadre du dépistage et de la prévention, retenons l'importance, sans en nier la difficulté en pratique, d'avoir un éclairage sur toute la fratrie, et dans la prise en charge, de porter un regard attentif à l'ensemble de la dynamique familiale, car tous les enfants y participent.

Fréquemment de nos jours, on emploie le vocable « toxique » – d'ailleurs à l'excès et de manière aussi peu définie que les précédents – pour décrire une relation psychologiquement destructrice. Dès lors, tentons d'y voir plus clair. Reprenons l'axe d'intensité-gravité et l'angle actes/omissions, ou encore conséquences observables/présumées.

Les mauvais traitements psychologiques

On distingue classiquement, rappelons-le, les mauvais traitements actifs des mauvais traitements passifs.

Lorsque l'on parle de maltraitance psychologique, on entend les violences psychologiques actives, mais il va de soi que les négligences affectives, qui vont jusqu'à l'abandon, pour passives que soient ces maltraitances, ont pour effet d'être maltraitantes sur le plan psychologique.

Soulignons également que les diverses formes de maltraitance peuvent coexister, et que c'est même fréquemment le cas.

Isoler les mauvais traitements psychologiques, alors qu'ils sont présents à des degrés divers dans toutes les formes de maltraitance, a pour intérêt de rendre compte de situations où l'enfant peut être en grande

souffrance sans présenter, pas plus que son entourage, d'indices flagrants de sévices ou de négligences. Comme à l'habitude, il faut pouvoir nommer ce que l'on observe et ce que l'on ressent. De là découle une clarification qui rend l'action possible, même si elle est particulièrement malaisée dans ce type de problèmes.

Ici comme ailleurs, se pose la question de l'écart à la norme. Qui peut prétendre n'avoir jamais tenu un quelconque propos blessant à un enfant, n'avoir jamais eu le sentiment d'avoir été dans un excès de rétorsion par une sanction ou privation quelque peu ou même franchement excessive? De plus, ce qui fait violence psychologiquement résulte beaucoup de la résonance chez l'enfant de ce qui est visé en lui, et de ce qui est touché. Son vécu, dira-t-on.

Comment le savoir, sauf à lui offrir un dialogue à ce propos?

L'enfant n'accordera sa confiance qu'à des personnes qu'il ressent comme des confidents possibles. La circonstance est fréquente où des adultes, dont ce n'est pas le mandat, vont recueillir des informations inquiétantes d'un enfant, parfois sous le sceau du secret. Situation délicate et inconfortable, qu'il faut pouvoir résoudre, non sans inquiétudes et dilemmes personnels. « Si tu es si malheureux... » ou : « Si tu es tout le temps enfermé dans ta chambre sans rien..., je vais essayer de t'aider, mais pas moi seul. » À partir de là, de nombreux scénarios sont possibles en fonction du contexte. Connaît-on les parents? A-t-on, soi-même, ou d'autres personnes, d'autres informations? Quelles sont les personnes ressources de mon entourage, de mon équipe, de mon service que je puisse entretenir de mon souci? Ce souci est double : venir en aide à l'enfant, d'une part, et ne pas aggraver la situation future, d'autre part. Le retrait de l'enfant de son école par les parents peut servir d'exemple de crainte légitime que l'on peut avoir.

Dans des cas graves et urgents, ces deux soucis respectables, réponse active et prudence, se heurtent de manière contradictoire, et dans l'immédiat l'aide à

l'enfant et sa protection devront primer sur tout autre critère. Dans d'autres circonstances plus courantes, il sera utilement fait appel à la formule « il est urgent d'attendre » pour se donner le temps de la réflexion et de la concertation.

Ces remarques, émises à propos de la maltraitance psychologique, valent également pour la découverte d'autres formes de maltraitance décrites dans cette brochure.

Typologie de la maltraitance psychologique

Les violences psychologiques recouvrent un grand nombre de manifestations, dont les catégories principales consistent à :

- Rejeter et mépriser l'enfant, en le dégradant, en l'humiliant, en le critiquant, en le punissant injustement, en l'excluant..., tout ceci de manière verbale et par l'attitude non verbale ;
- Confiner et isoler l'enfant, en limitant ses contacts sociaux, ses jeux, son espace de vie ;
- Dénigrer les besoins affectifs de l'enfant, en refusant de répondre à ses demandes, en l'insécurisant, en lui refusant ouvertement tendresse et affection ;
- Terroriser l'enfant, en le menaçant de violence, d'abandon, de lui faire du mal, de porter atteinte à ce qu'il aime, à ceux qu'il aime ;
- Sur-stimuler l'enfant : il s'agit de situations où l'enfant se trouve pris dans le désir de succès et de gloire des adultes, par procuration. Des entraînements, des concours, des risques parfois lui sont imposés au-delà de toute mesure, sans tenir compte de ses désirs, de son âge ni de ses limites. Une identité souvent factice lui est imposée au détriment de son rythme et de son évolution personnelle. Cette forme de maltraitance psychologique occupe une place à part, difficile à dénoncer dans un contexte familial, sociétal et médiatique qui peut n'y voir aucun mal.

Toute la dynamique relationnelle peut être atteinte, dans les circonstances les plus graves, par la durée, la

fréquence, l'intensité et la conjugaison de ces attitudes maltraitantes. Des formes plus modérées, plus circonscrites dans le temps peuvent exister. Une éducation punitive et contrôlante, rigide mais raisonnée peut facilement évoluer vers la maltraitance psychologique, si elle ne l'est pas déjà tant elle serait privative et négative.

Les indices de souffrance de l'enfant

Une fois encore, il ne faut pas sous-estimer l'importance des dégâts possibles dès la plus petite enfance. Outre l'atteinte bien démontrée de certains aspects du développement cérébral, on constate une désorganisation du développement et de l'attachement, avec un haut niveau d'anxiété et d'agir déstructuré. Avec les années, l'enfant maltraité psychologiquement va, en forçant le trait, soit s'effacer et s'éteindre, soit se montrer incontrôlable, difficile, susciter l'incompréhension de ses pairs et provoquer les sanctions de l'adulte. Lorsqu'on veut le valoriser ou lui envoyer un message positif, c'est comme s'il ne pouvait pas le supporter. Des conduites comme la fugue, l'errance, l'école buissonnière, le vandalisme et les conduites à risques de l'adolescence n'ont pas toutes la maltraitance en arrière-fond. Ceci dit, face à de telles conduites, il est nécessaire d'avoir à l'esprit la maltraitance psychologique et l'extériorisation de la souffrance par ces signes d'alerte comportementaux. D'autres déterminants essentiels sont évidemment possibles et une évaluation psychosociale doit être mise en œuvre en vue d'une compréhension de ces signes et symptômes.

Moins bruyant, moins perturbant, l'enfant qui s'efface, trop calme et pas sûr de lui, anxieux, se plaindra peut-être de sa solitude, de son manque d'amis ou de divers maux physiques. Le cas particulier de l'enfant « parentifié » mérite d'être cité ici. Il peut donner le change par son côté extrêmement mûr pour son âge, ou petit adulte presque parfait, et se trouver dans une situation psychologique en famille telle qu'il s'agit, pour lui, d'une forme de stratégie de survie. Remplaçant le parent et renversant les rôles, il peut espérer obtenir un peu d'estime et d'amour en retour. Cet enfant sacrifie inconsciemment

sa vie d'enfant, sa place normale dans la suite des générations et se voue à des tâches lourdes à porter. Une telle adaptation coûteuse peut se voir lorsqu'un parent aimé et aimant a basculé dans la maladie, le handicap ou encore l'alcoolisme, et qu'aucun adulte solide et responsable ne peut assurer les soins et tâches quotidiennes. Ici, l'aide sera également nécessaire mais devra être envisagée sous un autre angle que l'emprise maltraitante, avec pour objectif principal de dégager l'enfant d'une responsabilité excessive.

Les violences conjugales – l'aliénation parentale

Les violences conjugales

Elles sont un indicateur de risque bien connu de négligences et de mauvais traitements physiques de l'enfant. On tend actuellement à inclure les enfants témoins de violences graves et répétées, même au plus jeune âge, parmi les victimes de maltraitance psychologique. Ces violences perçues créent un état de stress considérable ; il a été démontré, par des études menées à l'aide des moyens les plus modernes des neurosciences, que le développement précoce des structures cérébrales subissait des atteintes graves si pas irréversibles dans diverses zones essentielles à un développement harmonieux des affects, des émotions et des capacités cognitives.

C'est dire si cette violence perçue en bas âge peut avoir de nombreux effets négatifs retardés. Citons ici par exemple des entraves à la capacité d'empathie, d'attachement sain, de tolérance à la frustration. Les enfants peuvent souffrir d'un syndrome de stress post-traumatique, entraînant un profond mal-être. Les répercussions sur la scolarité sont nombreuses.

L'enfant qui vit dans un climat de violences conjugales est insécurisé, touché dans son estime de soi, tantôt instable ou agressif, tantôt triste et en retrait.

L'exposition à des violences interpersonnelles a pour effet négatif de créer une forte distorsion dans la percep-

tion des rôles sociaux et dans la régulation des conflits. L'enfant va éventuellement endosser peu à peu le rôle violent de l'agresseur, qui risque de faire partie de son registre comportemental à l'âge adulte.

L'importance d'apporter un soutien psychologique à ces enfants, et parfois une mise à l'abri, doit être soulignée. Ils sont touchés dans l'intimité de leur perception du monde et n'ont guère de possibilités d'exprimer leur vécu, d'autant qu'en surface ils peuvent paraître solides et résistants.

L'aliénation parentale

Il s'agit d'une forme particulière de maltraitance psychologique qui n'a été identifiée et nommée telle qu'assez récemment. À nouveau se pose le problème du degré et des signes qui constituent ce « syndrome de l'aliénation parentale ». Comme il existe et qu'il n'est pas rare, ne risque-t-on pas de le voir partout ? Entendons par là : dans toutes familles où des parents séparés impliquent les enfants dans leurs conflits passés et actuels, parfois virulents. Dans les cas d'aliénation grave, l'enfant est comme fanatisé par un parent contre l'autre, il est instrumentalisé et il est sommé de prendre un parti unilatéral, tenu de se prêter à des manipulations et mensonges. Sa pensée et ses sentiments sont captifs et sans nuances.

Par exemple lors d'une expertise, un enfant fort intelligent, âgé de 8 ans, n'était que reproches induits par sa mère à l'égard de son père. Celui-ci avait des exigences éducatives fermes et normales, mais différentes de celles de la mère. Véritable procureur récitant les éléments d'un long réquisitoire à charge, sans émotion aucune, l'enfant a voulu nous convaincre et l'emporter par le meilleur exemple final qui fût : « Il n'y a jamais de limonades chez papa ». L'argument était pour lui sans appel.

Arrivée à son point culminant, une telle situation est réellement tragique et très difficilement réversible. Tous les acteurs intrafamiliaux et extrafamiliaux devraient en être convaincus et réagir préventivement, avec tous les moyens dont ils disposent.

Vulnérabilité et indicateurs de risque

Le poids du contexte

La relation d'un parent avec un enfant est une des composantes du système relationnel familial. C'est au sein de cette relation que les faits qualifiés de maltraitance sont majoritairement observés. Les interactions entre un parent et un enfant sont soumises à l'influence permanente de multiples éléments, familiaux et sociaux, passés et présents, imaginaires et réels. Normalement, par une régulation constante, le système familial maintient un état d'équilibre et la relation parent-enfant ne subit pas de distorsions graves.

Lorsque nous évoquons succinctement cette vision plus large, nous voulons à la fois insister sur le caractère multifactoriel des causes de la maltraitance et indiquer que celles-ci ne doivent pas être ramenées à un schéma linéaire avec, d'un côté, un adulte auteur et, de l'autre, un enfant victime.

Qu'il s'agisse de dépistage, d'aide préventive ou de traitement, la prise en compte des facteurs de vulnérabilité présentés par la famille revêt une grande importance.

S'ils sont intenses et nombreux, ils obscurcissent certainement l'horizon. Dans d'autres cas, ils ne sont que des points d'attention sur lesquels on peut tenter d'agir positivement en proposant diverses formes d'aide.

Le repérage d'éléments négatifs peut poser le problème de la stigmatisation en général, et celle de familles défavorisées en particulier, car les difficultés générales que celles-ci affrontent rendent visibles des facteurs qui restent inaperçus dans d'autres milieux.

C'est donc avec beaucoup de prudence et d'intérêt réel pour tous les membres de la famille qu'il convient de collecter et d'interpréter ces éléments de contexte.

Illustration : indices de vulnérabilité d'une situation prénatale

Au fil des consultations prénatales suivies par une jeune femme, l'équipe soignante collecte un certain nombre d'informations.

La future mère est très jeune, elle désire ce premier enfant, elle est soucieuse de sa santé et fait suivre sa grossesse. Elle a confié à l'infirmière qu'elle a fugué vers l'âge de quatorze ans, accusant son beau-père de violences physiques. Elle a été placée dans un centre d'accueil puis s'est mise en couple quelques mois avec un premier compagnon qui était violent avec elle et lui a imposé une interruption volontaire de grossesse. Le futur père est un homme encore marié, qui a déjà deux enfants qu'il ne voit plus. Il paraît heureux de la future naissance. Son métier l'amène à être peu présent et son passé n'est pas connu. Le couple n'a qu'une courte histoire non émaillée de disputes, mais ses assises et ses projets paraissent flous. De l'enfant à naître, on sait que tout se passe normalement sur le plan biologique, mais on ignore comment il est attendu, imaginativement et concrètement. On se pose également des questions sur les deux enfants du père.

En ce qui concerne l'entourage, on sait que la future mère n'a plus de contacts avec sa famille. Elle n'a pas connu son père biologique. Elle est fort isolée socialement. Elle reste liée avec son ancienne patronne de stage.

Cet exemple, n'est pas des plus graves, mais il donne à voir divers facteurs de vulnérabilité sur lesquels il vaut la peine de s'interroger plus avant : rencontrer le couple, évoquer ses attentes et ses projets, aborder certaines difficultés qui pourraient surgir, élaborer une proposition d'aide sont autant d'objectifs d'un travail préventif immédiat. Ce qui pourrait faire entrave à l'ins-

tauration du lien précoce mère-bébé sera l'objet d'une attention particulière.

Principaux facteurs

Une manière pratique de collecter et de classer les informations significatives est d'opérer selon quelques rubriques simples : les parents, le couple, l'enfant concerné, la fratrie de cet enfant, l'entourage familial et social. Dans chaque rubrique, les éléments liés au passé sont distingués de ceux qui sont liés au présent.

Souvent, on ne dispose que d'une fraction des informations susceptibles de mener à des interprétations incorrectes, tant dans le sens d'être faussement rassuré que dans le sens d'un excès d'inquiétude.

Retenons comme indices généraux concernant les parents :

- Au passé, ils ont subi de la maltraitance, des carences affectives, des placements ; ils ont présenté des troubles psychiatriques, des conduites délictueuses, une dépendance à des drogues, licites ou illicites.

- Au présent, on notera principalement

- les troubles mentaux : psychose, arriération, dépression et troubles de la personnalité manifestés par des actes auto et hétéro-agressifs, l'impulsivité, l'intolérance à la frustration avec réactions violentes ;
- les conduites d'addiction où la dépendance au produit rend indisponible et intolérant à la dépendance du jeune enfant ;
- les violences conjugales et d'autres formes de pertes de contrôle des émotions et des actes (un facteur clé dans la violence physique faite aux jeunes enfants) ;
- diverses fragilités psychiques comme une très faible estime de soi, des troubles narcissiques, un état post-traumatique, un deuil pathologique, une grande immaturité ;
- des attentes irréalistes et des exigences excessives envers un enfant, des propos négatifs ou hostiles à son encontre.

Concernant l'enfant qui suscite l'inquiétude :

- Les éléments de son passé se rapportent à la manière dont il a été attendu, dont la grossesse a été vécue, négligée, parfois déniée, dont il a pu décevoir à la naissance, et au-delà, dont la filiation a posé problème. On sera attentif à la discontinuité des relations, aux placements et à des maltraitances subies.

- Au présent, il est difficile à élever en raison d'un handicap, d'une malformation, d'une maladie chronique ; il ne répond pas aux attentes du ou des parents, il est l'enjeu de conflits conjugaux ou familiaux. On notera chez l'enfant les indices et symptômes physiques et comportementaux décrits dans les précédents chapitres. On peut ajouter qu'il convient d'être attentif à des difficultés que l'enfant pose en raison d'un handicap, d'une malformation ou d'une maladie chronique, par l'attention qu'il nécessite et par les attentes qu'il déçoit. L'enfant qui est l'enjeu de lourds conflits familiaux va aussi facilement se trouver exposé à un risque élevé.

Concernant la fratrie de l'enfant :

On sera attentif à un décès – à sa cause et à son impact –, à un abandon soit de fait soit en vue d'une adoption –, à des mauvais traitements ou présomptions de ceux-ci, à des placements en institution ou en famille d'accueil.

Concernant le couple actuel :

Un élément important est son fonctionnement immature et une communication très limitée. Une dépendance excessive l'un à l'autre peut conduire à une rivalité avec l'enfant, à l'intolérance de la femme à être laissée seule avec l'enfant. Si de surcroît le partenaire est récent, s'il n'est pas le parent mais s'impose comme tel sans nuances, on comprend que les risques seront d'autant plus grands.

Le couple peut être réprouvé et rejeté par une des familles d'origine, connaître des disputes violentes et des ruptures fréquentes.

Concernant l'entourage familial et social :

Un facteur général très important est celui de l'isolement social. On entend surtout par là un manque d'échanges et de soutiens extérieurs au noyau familial. Cette question, qui paraît simple, a bien des facettes. Le parent ou le couple de parents peut être rejeté par la ou les familles élargies, être en conflit avec elles, ou nourrir l'espoir de ne plus en dépendre. L'isolement peut résulter d'une sorte de vide que créent autour d'eux des personnes dont les conduites dérangent, ou qui veulent parfois cacher des conduites déviantes.

Des conditions de vie précaires et des mécanismes d'exclusion sociale favorisent un isolement. Celui-ci sera d'autant plus difficile à surmonter avec des enfants qu'une rupture relationnelle entraîne perte d'élan et irritabilité chez le parent laissé seul.

Outre les questions d'isolement, on sera attentif aux conflits et ruptures entre générations, aux confusions de rôles entre celles-ci, ou encore au caractère chaotique de l'entourage comme aux ingérences contrôlantes et rigides qui s'exerceraient sur les parents.

Ajoutons, pour pondérer le poids des divers facteurs qui ont été énumérés de manière non exhaustive et qui nécessiteraient chacun d'être développés et illustrés, il faut attirer l'attention sur des facteurs rassurants. Ainsi on pourra observer selon les cas le respect des besoins de l'enfant, le soutien de la famille élargie, une capacité d'appeler à l'aide et son acceptation en cas de crise, une reconnaissance de la réalité des problèmes, la mise en œuvre des propositions acceptées, une compétence accrue s'appuyant sur la résolution de difficultés antérieures...

Enfin, indéniablement, se pose la question des moyens qui sont à mettre en œuvre concrètement pour atténuer le poids des divers facteurs psycho-sociaux participant aux risques de maltraitance.

De l'impact sur le professionnel à la mobilisation du réseau

Les signes, symptômes et indices de maltraitance qui sont soulignés dans les chapitres précédents peuvent être perçus ou soupçonnés par les personnes qui sont en contact direct avec des enfants et des familles. L'activité professionnelle ou bénévole de ces personnes va donc les amener parfois à voir des signes et à recevoir des informations inquiétantes, alors qu'elles ne sont ni mandatées ni spécialisées dans le domaine de la maltraitance. C'est donc dans le cadre de leur mission de base, comme l'enseignement, l'éducation, la santé, l'accueil de la petite enfance, l'aide sociale... qu'elles vont être confrontées, inopinément et de manière sporadique, à une possible maltraitance d'enfant. Exceptionnellement, elles seront le témoin fortuit d'une situation d'une telle gravité flagrante qu'une action de sauvegarde immédiate par des services d'urgence sera nécessaire.

Dans la majorité des cas, cependant, l'incertitude et l'inquiétude marquent la situation de départ. Il y a-t-il maltraitance ? Quels sont les risques réellement encourus ? Y a-t-il urgence ? Faut-il intervenir ? Comment le faire à bon escient ? Est-ce à moi d'agir ? Le remède sera-t-il meilleur que le mal ? Autant de questions qui signent, à titre d'exemples, l'inconfort dans lequel l'intervenant peut se trouver. Vais-je en parler ? À qui ? Comment cela sera-t-il reçu ? Le silence n'est-il pas plus profitable à tous ?

Comme on le perçoit aisément, les pensées et les émotions présentent des oscillations entre des pôles opposés. Les contradictions inhérentes à ces situations de dépistage d'éléments inquiétants sont nombreuses. On peut s'engager dans des réactions excessives ou,

à l'inverse, dans des attitudes de mise à distance allant à la limite jusqu'à la négation du problème observé. De même, peut-on se sentir inquiet de réagir de manière emportée ou de manquer de mesure, en s'identifiant soit à l'enfant sans défense, soit au parent fragile ou débordé.

Des conflits de valeurs surgissent de manière régulière : en se vivant comme accusateur, en quittant le cadre de son rôle établi ou celui d'une relation de confiance, on risquerait de compromettre non seulement les bases du lien habituel mais aussi toute la neutralité et la bienveillance que l'on met dans l'exercice de sa fonction.

Plus on se situe dans un souci de prévention, au vu d'incidents ou de manquements mineurs mais répétés, ou au vu de relations adultes-enfants préoccupantes, plus la question d'un seuil et du moment propice à une intervention se posera. Faut-il attendre des éléments plus tangibles ? En quoi ce que nous constatons aujourd'hui, et qui ne diffère guère de ce que nous savions déjà, nous pousse-t-il à présent à voir les choses sous l'angle d'une possible maltraitance ?

De manière générale, il est plus malaisé d'intervenir et de proposer un changement dans les situations peu évolutives que dans des situations de crise marquées par un incident, un accident ou un événement familial important. Rappelons que les moments de crise peuvent être pour les familles des étapes maturatives positives dans un cycle de vie normal, comme une naissance, l'individuation du jeune enfant, l'arrivée de l'adolescence, le départ du foyer familial...

Après avoir mis en avant quelques constantes dans les enjeux auxquels les personnes inquiètes d'une maltraitance sont confrontées, on pourrait craindre qu'un tel catalogue de difficultés favorise davantage l'évitement que l'engagement. Ce serait sans aucun doute le cas si cet engagement n'était pas soutenu et si l'isolement ne pouvait être aisément rompu, dans un climat de confiance.

Dans cette matière délicate, une première règle d'or est de ne jamais rester seul. Cette recommandation

générale doit être comprise de diverses manières. Il peut s'agir, à un premier niveau, d'un échange et d'une écoute, relativement informelle et de proximité, avec un collègue ou une personne de confiance, apte à comprendre et à apporter un soutien. À un deuxième niveau, on se trouve rapidement à un carrefour, où les voies à emprunter sont très nombreuses et variées. Si ces voies sont peu balisées, il faut demander de l'aide pour s'orienter. Dans tous les cas, il est pertinent de chercher à être épaulé dans sa démarche. Certains services ou secteurs d'activités ont mis en place non seulement des protocoles d'intervention ou des guides de bonne pratique, mais surtout des personnes qualifiées, intra-muros, pour écouter et épauler les professionnels inquiets d'une maltraitance. Ce n'est pas le cas partout, loin s'en faut. Un espace et un temps intermédiaires sont précieux pour soutenir la réflexion, la prise de recul et l'élaboration d'une décision raisonnée.

Encourager la prévention et le dépistage de la maltraitance en première ligne se conçoit mal sans un accès aisé, structurellement prévu et organisé par les divers secteurs concernés, à des relais d'écoute, de supervision individuelle ou d'intervision collective.

Les questions soulevées par un signalement méritent aussi d'être illustrées et débattues avant d'y être personnellement confronté. Ces aspects de formation sont essentiels, même s'ils n'enlèvent pas de valeur aux connaissances nécessaires des procédures existantes et du cadre réglementaire dans lequel on évolue. La compréhension du réseau local d'aide et d'intervention ainsi que des lieux institués de concertation et de coordination, la perception de l'articulation entre les services, complètent la gamme des leviers permettant aux intervenants d'activer, s'il le faut, une aide appropriée à l'enfant et à la famille, en passant par un soutien à sa démarche, dont les difficultés sont comme un écho à celles qu'il a identifiées.

Certains penseront peut-être que rien de tel n'est mis en place dans leur environnement, ou seulement de manière très partielle. Pourraient-ils activer leur service ou leur institution sur ces thèmes importants ? Les

Conclusions

initiatives qui naissent sur le terrain ne devraient-elles pas porter les décideurs à les soutenir et à les structurer? En laissant ces questions ouvertes, et quelle que soit la situation actuelle de chacun, remarquons que partout un signalement peut, ou même doit dans certains pays, être fait à une autorité mandatée. Dans le contexte belge francophone, le signalement à une équipe multidisciplinaire spécialisée est possible. On peut en attendre une supervision et un éclairage sans déclencher une intervention directe ou un diagnostic et l'organisation d'une prise en charge coordonnée avec les autorités mandatées si nécessaire. De nombreux hôpitaux sont à même, en service de pédiatrie, à la fois de dresser un bilan psycho-médicosocial, d'établir un diagnostic précis de la maltraitance et d'assurer la protection de l'enfant dans un premier temps sans stigmatiser. Cette ressource est particulièrement utile à mettre en œuvre pour les nourrissons et les jeunes enfants.

La personne qui est à l'origine d'un signalement qui a déclenché une prise en charge spécialisée par de nombreux acteurs professionnels se sent volontiers oubliée. La circulation de l'information dans le domaine de la maltraitance – sa pertinence, sa mesure, ses limites – est une question majeure qui mérite une attention particulière de toutes les personnes impliquées.

Arrivé à la fin de ce texte, le lecteur aura, nous l'espérons, une vision générale nuancée des phénomènes rassemblés sous le terme générique de maltraitance. Le tour d'horizon réalisé est forcément incomplet et limité. Une brochure n'est ni un traité ni un ouvrage spécialisé. Ceux-ci abondent d'ailleurs. Mais à chaque génération de nouveaux professionnels ou de personnes concernées arrivant en contact avec l'enfance, il est utile de transmettre certains acquis et d'ouvrir à ce qui peut être fait de neuf et de mieux. La question qui se pose sera éventuellement : qu'est ce qui peut changer dans mon regard et dans mon action? Ou encore : devrais-je en savoir plus? Puis-je agir autrement? On pourrait se sentir submergé par la diversité des problèmes et la masse des informations disponibles. Le tri réalisé ici vise à aider à une distinction claire entre ce qui est grave et urgent et ce qui relève d'un travail préventif au quotidien.

Tout ceci étant entendu dans un sens favorable à la sécurité et à l'intérêt de l'enfant. À juste titre, on peut craindre que l'immédiat ne l'emporte sur le long terme. Le cas n'est pas fréquent, mais il arrive qu'il faille s'y résoudre.

S'il est hors de question de voir de la maltraitance partout, il est utile de se préparer à devoir un jour y être confronté dans sa pratique quotidienne. Nous avons indiqué les critères qui doivent nous pousser à échanger, à questionner et à chercher des relais. Nous vous invitons à vous informer, à vous former plus avant. Après un temps d'arrêt, reprenons l'ouvrage et veillons au bien des enfants, de tous les enfants, que nous rencontrerons dès demain.

Bibliographie

- Barudy J., *De la bientraitance infantile*, Fabert, 2007.
- Berger M., *Echec de la protection de l'enfance*, Dunod, Paris, 2002.
- Clément M.-E. t & Dufour S., *La Violence à l'égard des enfants en milieu familial*, Québec Éditions, CEC, Anjou, 2009.
- Becker (de) E., Leurquin F., « L'impact des maltraitements physiques infantiles », in *Annales médico-psychologiques*, 2010.
- De Becker E., Cabillau E., « Pratique de réseau et maltraitance des enfants », in *Thérapie familiale*, 32, 2, 231-251, 2011.
- Fadier-Nisse M., Sabourin P. « Quand la famille marche sur la tête : inceste, pédophilie, maltraitance », Seuil, Paris, 2004
- Gabel M., *Les enfants victimes d'abus sexuels*, coll. « Monographies de la Psychiatrie de l'enfant », P.U.F, Paris, 2002.
- Gabel M. & Lamour M., *Enfant en danger, professionnels en souffrance*, Eres, 2011.
- Gabel M., Manciaux M., *Enfances en danger*, Éditions Fleurus, Paris, 2002.
- Geubelle F., *L'Enfant maltraité. Le Paramédical/Le Médecin*, Les Éditions de l'Université de Liège, 2002.
- Golse B., *La maltraitance infantile, par delà la bienpensée*, Temps d'arrêt, Yapaka, 2013.
- Guedeney Nicole, *L'attachement, un lien vital*, Temps d'arrêt, Yapaka/Fabert, 2011.
- Hayez J.-Y., Becker (de) E., *La parole de l'enfant en souffrance. Accueillir, évaluer et accompagner*, Coll. Enfances, Dunod, Paris, 2010.
- Hébert M., Cyr M., Torrigny M., *L'Agression sexuelle envers les enfants*, Tome 1. Coll. Santé et Société. Presses de l'Université du Québec, 2011.
- « Diagnostic et travail social ». *Carnet de notes sur les maltraitements infantiles* n° 2, ONE, Bruxelles, 2013.
- Rapoport D., Roubergue-Schlumberger A., *Blanche-Neige, les sept nains et... autres maltraitements. La croissance empêchée*, Belin, 2003.

Temps d'Arrêt / Lectures Derniers parus

- **Le Jeu des Trois Figures en classes maternelles.**
Serge Tisseron.
- **Cyberdépendance et autres croquemitaines.**
Pascal Minotte.
- **L'attachement, un lien vital.**
Nicole Guedeney.
- **L'adolescence en marge du social.** Jean Claude Quentel.
- **Homoparentalités.***
Susann Heenen-Wolff.
- **Les premiers liens.**
Marie Couvert.
- **Fonction maternelle, fonction paternelle.***
Jean-Pierre Lebrun.
- **Ces familles qui ne demandent rien.**
Jean-Paul Mugnier.
- **Événement traumatique en institution.**
Delphine Pennewaert et Thibaut Lorent.
- **La grossesse psychique : l'aube des liens.**
Geneviève Bruwier.
- **Qui a peur du grand méchant Web ?**
Pascal Minotte.
- **Accompagnement et alliance en cours de grossesse.**
Françoise Molénat. *
- **Le travail social ou « l'Art de l'ordinaire ».**
David Puaud.*
- **Protection de l'enfance et paniques morales.**
Christine Machiels et David Niget.
- **Jouer pour grandir.**
Sophie Marinopoulos.
- **Prise en charge des délinquants sexuels.**
André Ciavaldini.
- **Hypersexualisation des enfants.**
Jean Blairon, Carine De Buck, Diane Huppert, Jean-Pierre Lebrun, Vincent Magos, Jean-Paul Matot, Jérôme Petit, Laurence Watillon.
- **La victime dans tous ses états.**
Anne-Françoise Dahin.
- **Grandir avec les écrans « La règle 3-6-9-12 ».**
Serge Tisseron.
- **Soutien à la parentalité et contrôle social.**
Gérard Neyrand.
- **La paternité et ses troubles.**
Martine Lamour.
- **La maltraitance infantile, par delà la bienpensée.**
Bernard Golse.
- **Un conjoint violent est-il un mauvais parent ?**
Benoît Bastard.
- **À la rencontre des bébés en souffrance.**
Geneviève Bruwier.
- **Développement et troubles de l'enfant.**
Marie-Paule Durieux.

* Ouvrage épuisé.

Découvrez toute la collection Temps d'Arrêt et retrouvez nos auteurs sur yapaka.be pour des entretiens vidéo, conférences en ligne, ...

En Belgique uniquement

Les livres de yapaka

disponibles
gratuitement au
0800/20 000 ou
infos@cfwb.be



Livres de 80 pages diffusés chaque année (60 000 ex.)
aux écoles, associations, ...