

Maltraitance infantile

E. DE BECKER¹

1. Introduction

Définir très exactement la maltraitance à l'égard des enfants demeure délicat, car cette problématique concerne de nombreux champs, qu'ils soient politique, anthropologique, économique, psychologique ou psychiatrique (1, 2). La maltraitance, néologisme récent, recouvre différentes significations comprenant des registres sémantiques variés. De la violence intentionnelle à l'inadéquation dans les attitudes éducatives, en passant par les situations de carence et de négligence, on ne peut s'arrêter à une définition unique étant donné que nous nous situons dans la subjectivité et l'intersubjectif, tant du côté des adultes et des enfants concernés, que des professionnels impliqués dans leurs accompagnements évaluatif et thérapeutique (3).

Généralement, la maltraitance surgit dans un contexte relationnel caractérisé par une forme d'emprise. Comme le soulignent Eliacheff et Berger, la maltraitance apparaît lorsque manque le respect des besoins de l'enfant dans ses différents épanouissements, son droit à avoir un projet de vie propre, c'est-à-dire de pouvoir vivre dans un environnement stable, structuré, bénéficiant d'un lieu d'appartenance ainsi que d'individus de référence dans la perspective d'acquérir la capacité d'établir des relations réciproques, légitimes et saines avec autrui (4-6).

Correspondance : Emmanuel de Becker, Psychiatre infanto-juvénile, Université Catholique de Louvain, Service de Psychiatrie infanto-juvénile des Cliniques universitaires Saint-Luc et SSM Chapelle-aux-Champs, avenue Hippocrate, 10, BP 2090, B – 1200 Bruxelles.
E-mail : emmanuel.debecker@uclouvain.be

2. Repères épidémiologiques

Le nombre des enfants réellement maltraités demeure imprécis. En 1985, Strauss constate que la prise de conscience de l'importance de la maltraitance tient moins à l'augmentation réelle de sa fréquence, bien que celle-ci soit probable, qu'à la conjonction des efforts de sensibilisation et de prévention et des diverses initiatives créées pour mettre fin aux mauvais traitements envers les mineurs d'âge (7). Quoiqu'il en soit, il s'agit d'un phénomène difficile à explorer sur le plan statistique, entre autres pour des questions méthodologiques étant donné que les chiffres correspondent aux seuls cas rapportés ou à des études ponctuelles. À titre d'illustration, en 1994, Finkelhor ayant analysé une vingtaine de recherches fiables a estimé que 20 % des femmes dans les pays occidentalisés avaient été victimes d'abus sexuel avant l'âge de 18 ans (8).

3. Modes de présentation

Même si toutes les urgences pédopsychiatriques ne concernent pas le champ de la maltraitance, notre expérience indique toutefois qu'il s'agit là d'une des catégories les plus importantes pour la tranche d'âge des enfants de 0 à 14 ans, qui sont amenés à la garde en-dehors des heures ouvrables. Par champ de la maltraitance, il faut entendre toute situation allant de l'allégation d'abus ou d'agression physique, aux suspicions, questions et affirmations dans les contextes de séparation parentale conflictuelle (9).

Sur le terrain clinique, il existe deux grandes catégories de situations de maltraitance à enfants incluant la notion d'urgence :

- d'une part celle des professionnels, habituellement ceux de première ligne, les enseignants (par essence), qui vivent des inquiétudes à l'égard d'un mineur d'âge, sans que la famille elle-même soit en crise,
- d'autre part, celle des familles qui se présentent d'elles-mêmes, demandant une aide en urgence pour des faits de maltraitance intra- ou extra-familiale.

Les professionnels de la première catégorie se mobilisent pour trois principales raisons :

- une allégation de maltraitance, habituellement intrafamiliale,
- le constat de lésions physiques en lien avec une possible maltraitance,
- l'état de souffrance psychique non reliée à un événement précis ou en relation à un environnement socio-familial inadéquat.

Pour les familles qui consultent en urgence, le motif principal concerne des confidences d'un enfant en rapport à une maltraitance agie par un auteur extra-familial ou proche de la famille.

4. Modalités d'intervention

4.1. Méthodologie : la co-intervention et l'intervention à plusieurs

S'appuyant entre autres sur l'expérience canadienne, tout en s'y différenciant dans la séparation des processus judiciaires d'un côté, et d'aide et de soins de l'autre, existent depuis le début des années quatre-vingt, des équipes spécialisées multidisciplinaires¹. Leur ancrage institutionnel dans des hôpitaux autorise l'éloignement d'un contexte familial suspecté de maltraitance, ainsi que la mise en place rapide d'une évaluation de l'enfant et de son entourage. Dans notre modèle, l'action est assurée par deux membres de l'équipe, l'un appartenant au champ social et l'autre au monde psy. La co-intervention, permet de croiser les regards et impressions cliniques et de se dégager un minimum des risques de projection et d'identification. À la dyade de base viennent se greffer, à un moment précis, les ressources apportées par les juriste, pédiatre, et pédopsychiatre.

4.2. Canevas d'intervention

Une première préoccupation concerne le cadre d'intervention qui doit être posé dès les premières rencontres et qui se conçoit avec ou sans interpellation des autorités judiciaires. L'expérience indique que pour les situations de maltraitance intra-familiale, la présence active des autorités judiciaires amène souvent les familles à se positionner sur un mode défensif, voire à se refermer sur elles-mêmes et à prendre distance par rapport à toute perspective thérapeutique². L'interpellation judiciaire se réalise plus ou moins rapidement selon le critère essentiel de la protection de l'enfant (10).

Sur le plan clinique, nous considérons différents champs qui interagissent entre-eux. C'est par l'intégration de temps d'observation successifs, qui ne doivent pas nécessairement suivre un décours temporel arrêté que ces différents champs sont étudiés. La réalisation de ce canevas prend certes du temps ; s'il peut se réaliser en quelques heures, il prendra habituellement plusieurs jours. L'urgence fait alors place progressivement à la crise si elle n'était déjà présente dès le départ (11).

4.3. L'évaluation

Prenons, comme situation paradigmatique, le cas d'un adulte qui présente un enfant en urgence.

1. À Bruxelles, trois équipes sont intégrées dans les structures hospitalières générales, une néerlandophone et deux francophones. Nommées par décret « Équipe SOS-Enfants », elles sont composées d'assistants sociaux, de psychologues, de juriste, de pédiatre et de pédopsychiatre. Indépendantes des structures judiciaires et de contrôle, elles réalisent bilans et traitements pour toute forme de maltraitance à l'égard des mineurs d'âge.

2. Ce constat est habituellement remarqué dans les situations d'agression sexuelle ou d'inceste à l'intérieur d'une fratrie biologique ou reconstituée.

4.3.1. La première sphère concerne la personne qui signale ses inquiétudes

Ce premier temps est communément appelé « analyse de la demande » et s'appuie sur des interrogations classiques centrées sur les inquiétudes³. Nous recommandons que cette anamnèse soignée soit inscrite dans l'écrit. Les différents axes d'exploration, doivent être parcourus de façon systématique malgré la pression de l'urgence. Évidemment, bien des cas de figure existent (12, 13). Dans ce vaste et complexe ensemble, on retrouve ainsi à l'extrémité d'un continuum le professionnel qui a reçu les confidences d'un enfant ou qui a constaté des traces sur son corps et, à l'autre, le parent plongé dans la détresse ou la rage de défense archaïque liée à un lourd conflit parental avec, en corollaire, les risques d'aliénation.

Soyons aussi conscients qu'il y a, dès ce moment, une part d'arbitraire dans la prise de décisions pour la suite qui est donnée, limitée toutefois par la co-intervention. Au terme de cette analyse de la demande, nous devons avoir recueilli les éléments définissant le cadre de travail et les mesures concrètes à assurer (comme les possibilités d'accueil éventuels de l'enfant dans la mesure où un éloignement est décidé).

4.3.2. La deuxième sphère concerne l'enfant

– Une première préoccupation concerne son état de santé physique. L'examen de l'enfant est assuré par un pédiatre, renforcé selon le cas par un gynécologue et un légiste. En effet, il arrive que les autorités judiciaires demandent la réalisation d'un bilan d'agression sexuelle nécessaire pour une procédure légale. L'examen par le légiste intervient dans un contexte d'urgence ou se voit différé. Se préoccuper du corps, de cette part du Réel peut constituer une pierre angulaire d'une alliance thérapeutique et montrer à l'enfant la dimension globale de son être. Par ailleurs, un parent pourra davantage entendre et donc accepter la nécessité d'une hospitalisation pour mise au point organique que la mesure radicale immédiate d'éloignement protectionnel ; autant miser si cela est possible sur un aspect objectivable de l'enfant.

– L'enfant peut présenter un état de stress post-traumatique (ESPT) lorsqu'il a été confronté à une expérience de mise en danger. Un événement choquant devient une expérience traumatisante s'il est accompagné d'anxiété. De nombreux enfants revivent le trauma dans leurs rêves, leurs pensées, à travers des histoires, des dessins. S'il ne peut raconter l'événement, l'enfant maltraité, d'autant plus qu'il est

3. Quelques questions clés : quelle est la nature des inquiétudes et des faits ? Existe-t-il, y a-t-il allégation ? Quels sont les faits relatés, extra ou intra-familiaux ? Sont-ils anciens ou toujours d'actualité ? Existe-t-il des traces physiques, des blessures anciennes ou récentes de l'enfant ? Pourquoi la personne signale-t-elle aujourd'hui ? Qu'est-ce qui fait urgence pour elle ? Quels sont les enjeux ? Quelles démarches ont éventuellement été tentées et quels en ont été les résultats ? L'entourage direct de l'enfant concerné est-il informé de la démarche actuelle, si la personne qui signale est extra-familiale ? Cet entourage a-t-il déjà été rencontré ? ...

très jeune, montre ce qu'il a vécu dans les jeux. On retrouve d'autres critères de la classification internationale (DSM IV) de l'ESPT comme l'évitement des stimuli liés au trauma (par exemple des vêtements précis), la répression de certains souvenirs, un comportement régressif (énurésie, masturbation en société), ainsi qu'une excitabilité accrue (perturbation du sommeil, hypervigilance).

Par ailleurs l'enfant peut alléguer la maltraitance subie. Dès l'acquisition du langage et parfois très tôt, à partir de deux ans et demi-trois ans, par bribes, il s'énonce et quelques mots témoignent de son vécu. À côté de cet entretien clinique, pour toute maltraitance évoquée par un enfant de plus de cinq ans, nous réalisons un entretien SVA (*Statement Validity Analysis*, méthode scientifique pour accéder à la parole de l'enfant (entretien non suggestif, rapide et aisé), qui demande néanmoins une expérience solide.

Une interrogation corollaire émerge habituellement. Même s'il est habituellement fiable, l'enfant est-il susceptible de mentir ? Certaines circonstances l'amènent à recourir au mensonge et c'est le cas, par exemple, quand l'enfant est confronté à un parent paranoïaque, ou encore lorsqu'il est aliéné. Il arrive aussi qu'il soit suggestionné par lui-même ou par autrui, et qu'il connaisse ce que l'on appelle une « signification dramatisée ». D'un autre côté, un auteur comme Rigaud parle de « désignification » pour décrire le phénomène de déformation ou d'annulation du sens des mouvements adressés à l'enfant, entraînant une perturbation de l'accès à la symbolisation (14).

Sur un versant clairement psychopathologique, on rencontre – heureusement rarement – des enfants absorbés dans le processus délirant de l'adulte, comme ayant engrammé des constructions psychiques du parent. Il fonctionne alors sur un mode de trouble psychotique partagé. L'enfant clive, dénie, s'enferme dans l'emprise symbiotique imposée par l'adulte délirant. Sur le plan du diagnostic différentiel, à côté d'une véritable folie à deux, il existe ce qu'on appelle « le syndrome d'aliénation parentale » largement médiatisé. Il est parfois délicat de distinguer une forme grave d'aliénation avec un trouble psychotique partagé. Un critère discriminatif se dégage toutefois : c'est l'envahissement global du mode de pensée délirant dans la deuxième catégorie diagnostique, alors que l'enfant maintient un fonctionnement relationnel satisfaisant, en dehors du lien qui pose question dans les cas d'aliénation, par exemple avec ses pairs.

– Au delà du corps et de l'allégation, il y a lieu d'explorer l'état de l'enfant sur les plans moteur, psychoaffectif et cognitif. La liste des critères cliniques est difficilement exhaustive. Si les manifestations sont parfois criantes, le silence symptomatique n'est pas pour autant toujours rassurant. L'absence de signes d'appel, voire un conformisme, camoufle parfois combien l'enfant déploie ses ressources pour protéger, rester loyal à sa famille et en particulier au parent inadéquat (15).

Tous ces aspects demandent une approche par différentes rencontres cliniques.

Pour certains enfants et certainement les plus jeunes, la parole ne suffit pas pour une investigation fiable. D'autres outils sont alors nécessaires ; le dessin et le jeu

sont deux techniques fréquemment utilisées⁴. Ainsi l'enfant peut raconter une histoire à travers un dessin, exprimer sa vision du monde, représenter ceux qui l'entourent, évoquer ses affects. Le dessin peut aussi être perçu comme une échappatoire fantastique, production de créativité et le lieu de projection de son imaginaire. On distingue habituellement deux sortes de dessin : d'abord, le dessin d'appui, qui informe sur les faits et leur description, puis le dessin libre où l'enfant exprime fantasmes, rêveries et angoisses. Habituellement, vers l'âge de cinq ans, les représentations picturales de l'enfant rejoignent la réalité vécue et peuvent être utilisées comme support au récit de l'enfant. Outil médiatique, diagnostique et thérapeutique au service du langage et de la communication, le dessin permet la mise en place d'un espace transitionnel et constitue un lieu projectif. Par exemple, certains enfants mettent en jeu l'agression qu'ils ont subie en la racontant à troisième personne.

Par ailleurs, on peut compléter l'investigation par l'utilisation de tests habituellement réalisés dans un temps second. Nécessaire pour les plus jeunes, le bilan de développement participe à la prise de décision d'éloignement à long terme ou non de l'enfant. Le test de Brunet-Lézine et celui de Bayley sont utilisables dès les premiers mois de la vie. Cette estimation du développement permet de situer l'enfant et surtout de suivre son évolution de façon objective. Plus rarement dans le contexte de crise, nous réalisons des tests projectifs comme le CAT/TAT ou le Rorschach (16).

4.3.3. La troisième sphère concerne les parents

Prenons les situations de maltraitements intrafamiliales où les adultes sont impliqués dans les actes maltraitants à l'égard de l'enfant. Au-delà de la notion de parent inadéquat, voire le diagnostic de maladie mentale éventuel du parent, on considère la manière dont la défaillance affecte la parentalité, c'est-à-dire s'exprime à l'égard de l'enfant. L'élément central de la rencontre vise à évaluer la reconnaissance par l'adulte de sa propre implication dans la matérialité des faits de maltraitance, sa responsabilité dans ce qui met l'enfant en difficultés : pouvons-nous parler de ce qui a fait maltraitance et l'implication de chaque protagoniste ? Nous sommes attentifs à examiner non seulement ce que dit le parent, mais ce qu'il montre et ce qu'il fait. Un aspect cher à des auteurs comme Tilmans-Ostyn est de considérer l'intériorisation des patterns d'attachement chez le parent concerné⁵ (17). Lorsque l'adulte nie, affirme être objet de malveillance,

4. Notons que les poupées anatomiquement sexuées ne sont guère utilisées étant donné l'absence de protocole standardisé à leurs rencontres. Elles sont hautement suggestives et non fiables pour détecter un éventuel abus sexuel. Elles peuvent toutefois contribuer à l'expression chez certains enfants de leur vécu.

5. Lorsque c'est possible et approprié, nous explorons ce qu'il a vécu durant l'enfance (l'enfant enfoui dans l'adulte actuel). Une interrogation succède d'emblée à cette évocation : comment le parent agit-il aujourd'hui les représentations liées au passé ? Garde-t-il des souvenirs précis ou occulte-t-il son enfance ? Idéalise-t-il ?

il n'existe alors pratiquement pas d'issue favorable à court terme en misant sur un accompagnement thérapeutique ambulatoire, l'enfant demeurant à domicile.

4.3.4. La sphère suivante concerne la relation parent/enfant, la parentalité

Comme le soulignent, entre autres, Dellon, Godelier ou Houzel, plusieurs niveaux s'articulant entre eux la composent (18-21). Le premier correspond à la dimension symbolique de l'exercice d'être parent. Il a trait aux droits et aux devoirs qui définissent la structure et l'organisation du groupe familial en lui donnant une portée historique, traduite par la filiation et les héritages trans- et inter-générationnels. Le deuxième niveau est concrétisé par l'expérience subjective d'être parent dans ce qu'elle véhicule d'imaginaire, avec son cortège de multiples représentations issues des processus conscients et inconscients. Enfin, le troisième niveau concerne les tâches effectives liées à la pratique d'être parent dans le réel du quotidien.

Sur le plan clinique, certainement quand l'enfant est très jeune, nous observons les réponses aux besoins de base que le parent donne⁶. En d'autres termes, assure-t-il une présence psychique et physique ? Constitue-t-il un lieu d'adresse et de réponse pour l'enfant ? Est-il dans la certitude à son propos ? A-t-il développé une capacité à supposer chez l'enfant un savoir qu'il ignore ?

De même, du côté de l'enfant, se montre-t-il réservé par rapport au parent ? Le fuit-il du regard, du corps ? L'enfant peut aussi manifester de l'agitation, de l'agressivité, ou encore être trop familier avec l'intervenant, chercher la proximité de celui-ci, sa protection.

En présence du parent, l'enfant n'exprime pas toujours des signes de souffrance, loin de là. Il est alors souhaitable d'utiliser des grilles d'analyse ou des guides d'évaluation des capacités parentales. Les outils parcourent l'ensemble des champs interactifs entre adulte et enfant en tenant compte du contexte socio-culturel, de la qualité de l'attachement, des habiletés parentales (22).

4.3.5. La dernière sphère est représentée par le maillage socio-familial

Il est en fait constitué de l'ensemble des individus de l'environnement de l'enfant et du parent concerné. Cet entourage peut être extrêmement réduit, limité à quelques contacts avec la famille, ou diffus, chaotique. En première intention, on pense à l'autre parent, dans les cas où le premier est l'auteur de maltraitance. Mais existe-t-il, au sens propre comme au sens figuré ? Dans la réalité et au niveau symbolique ? Alimente-t-il les éventuelles projections délirantes en renforçant le versant pathologique de l'adulte inadéquat, ou contient-t-il celles-ci ?

6. Par exemple, comment une mère alimente son bébé, dans quelles conditions, préoccupations, modalités d'interaction. L'adulte communique-t-il avec son enfant ? Quelle attitude développe-t-il envers lui, envers ses initiatives ? Répond-il aux besoins affectif, cognitif de l'enfant ?

Une deuxième dimension est représentée par la famille élargie, l'éventuelle fratrie, les générations précédentes... Selon les situations, nous considérons toujours leur possible implication dans le processus psychique du parent inadéquat. Pendant la crise, il s'avère habituellement délicat de faire appel aux membres de la famille d'origine pour accueillir l'enfant. Quoiqu'il en soit, leur rencontre vise à permettre l'éclairage diachronique et synchronique pour comprendre les principaux enjeux.

Une autre dimension de cette même sphère est représentée par l'environnement professionnel éventuel. En informant parent et enfant, on entre en contact avec tel intervenant, non pas dans une démarche d'« en savoir », mais pour connaître et distinguer les démarches professionnelles qui ont porté des fruits de celles qui n'ont rien apporté. L'« histoire des services » représente une valeur ajoutée par l'éclairage sur les compétences parentales, et en conséquence, sur les propositions d'aide et de soin à retenir et l'aptitude de la famille à pouvoir profiter de celles-ci. Faisons aussi la part des choses entre ce qui s'est passé en réalité et ce qui est teinté des projections, des représentations certes du parent maltraitant, mais également des professionnels intervenus avec, en corollaire, leur contre-transfert parfois très massif.

Il est régulièrement intéressant de rencontrer le parent avec l'éventuel signaleur qui a sollicité une intervention en urgence. C'est l'occasion alors, d'évoquer les éléments recueillis directement, comme les confidences reçues ou l'observation par un enseignant de l'attitude interpellante d'un enfant. Très vite toutefois, il y a lieu de penser à préserver le lieu d'investissement extra-familial de l'enfant.

5. Discussion

En situation d'urgence et de crise, au delà, à côté de l'axe central que représente l'évaluation de la matérialité des faits et des dommages au niveau de l'enfant, nous avons à répondre à la question : « Y a-t-il lieu ou non de séparer l'enfant de son milieu de vie habituel ? ». Si certaines situations se démarquent assez facilement, il y a certes lieu de ne pas se précipiter dans l'arbitraire ou l'automatisme (23). Pour notre part, nous nous assurons de parcourir le plus sereinement possible l'ensemble des principaux indicateurs énoncés. Accordons l'importance à la parole de l'enfant, écoutons ses craintes et ses souhaits, sans pour autant nous engager à les respecter au pied de la lettre. De même, soyons vigilants à l'égard du discours et des attitudes du parent en distinguant bien leur aspect pathologique et les retombées pathogènes réelles sur l'enfant. Différencions les positions parentales en n'opérant pas un clivage du bon parent d'un côté et de l'abuseur de l'autre.

Ceci étant dit, existe-t-il des critères absolus pour une séparation de protection et de soins ? À la suite de ce qui a été évoqué rapidement, on pourrait définir

certains indicateurs forts. Ceux-ci peuvent se cumuler, ce qui augmente la force de décision.

- Il y a d’abord les traumatismes de l’enfant qui nécessitent des soins physiques et/ou psychiques à l’hôpital ; cela c’est assez clair.
- Il y a les sévices sexuels intra-familiaux, où le risque de récurrence est important.
- Les sévices sexuels à haute probabilité de matérialité de faits, avec présence d’un déni massif chez l’adulte et absence d’empathie envers l’enfant.
- Les situations de maltraitance au sens général, où les personnalités des protagonistes en jeu sont particulièrement « perturbées » et où l’enfant est pris dans les thèmes délirants du parent.
- Enfin les situations de risques de passages à l’acte sur l’enfant et/ou du parent sur lui-même, entraînant l’enfant dans son processus.

À côté de ces indications, qui répondent à la nécessité de l’assistance à personne en danger, on doit se soucier des situations à risque relatif ; c’est le cas par exemple, des relations d’emprise, de climat incestuel, de perversité dans le lien généré par l’adulte et/ou le système familial sur plusieurs générations qui entraîne les mineurs d’âge dans des formes complexes de maltraitance psychologique⁷.

Notre expérience clinique et nos modèles d’intervention nous amènent à distinguer deux grands types d’éloignement. Il y a d’une part une mise à distance diagnostique, et d’autre part, une distanciation thérapeutique (24, 25).

Évoquons le premier cas de figure où l’action concrète est privilégiée ; il s’agit de poser des actes dans le Réel social. La notion de « protection » y est essentielle : arrêter l’agression, soigner l’enfant, puis commencer à l’aider sur le plan psycho-affectif. Le choix du cadre n’est jamais simple ; orienter une situation vers une voie judiciaire ou une voie non judiciaire n’est guère aisé et chaque décision porte inmanquablement des écueils.

Ce premier type de placement, de « mise à distance diagnostique », a pour objectif la réalisation d’un bilan complet de l’enfant, de son contexte de vie en séparant le premier du second. Cette mesure devrait être de courte durée pour laisser place ensuite à la phase de traitement proprement dite. Cette mise à distance peut également épargner l’enfant des éventuelles pressions de la part des autres membres de l’entourage.

7. Ici, le passage à l’acte est insidieux, pénétrant les relations plus que les corps eux-mêmes, qui n’en sortent toutefois pas toujours indemnes étant donné les regards et les propos à leur rencontre.

6. Conclusions

Tout professionnel gagne à disposer d'un temps d'évaluation structuré pour estimer non l'avenir d'un individu ou d'un système familial, mais le potentiel de changement en termes pronostiques. La décision d'une séparation de l'enfant d'avec son parent maltraitant repose essentiellement sur l'appréciation des possibilités d'une famille de modifier suffisamment ce que l'on appelle les « patterns transactionnels » pour permettre à l'enfant de se développer le plus normalement possible. Parcourir les sphères proposées en donnant priorité à celle de l'enfant, ne décomplexifie pas le travail d'analyse ; il le facilite par la réalisation d'un canevas de repères à suivre. L'évaluation qui a une valeur de « tiercéité subjectivante » doit être conduite de manière dynamique, processuelle pour avoir une visée mobilisatrice. En considérant le présent à la lumière du passé, elle participe à sa ré-historisation, focalisant successivement l'attention sur les données d'équipement, de compétence, de qualité des interactions, et de l'environnement de l'enfant concerné et de son entourage.

Cette première définition s'articule nécessairement à une seconde centrée sur l'enfant. En effet, l'acte évaluatif se situe au point de rencontre de 3 pôles que sont d'un côté le neuro-développemental, de l'autre l'intrapsychique, et enfin d'un intersubjectif. Ici se complètent les rencontres de parole aux formats divers et les outils standardisés que représentent les tests.

Rappelons que nous sommes régulièrement confrontés à la « dysparentalité » et à ses répercussions sur l'enfant (26, 27). Soyons conscients que certaines familles ne parviendront pas à modifier les dysfonctionnements, entraînant, par maltraitance, la souffrance des enfants. Ceux-ci n'ont pas à payer le prix fort en attendant que cela passe, ... éventuellement !

Références bibliographiques

1. Cirillo S. Mauvais parents : Comment leur venir en aide ? Paris, Fabert 2006.
2. Berger M. L'échec de la protection de l'enfance. 2004.
3. Forward S. Parents toxiques. Paris, Stock 1991.
4. Eliacheff C. Vies privées. Odile Jacob, 1997.
5. Berger M. L'enfant et la souffrance de la séparation. Paris, Dunod 1997.
6. Berger M., Rigaud C. Différence entre travail de deuil et travail de séparation. Canada, Prisme 2001 ; (36) : 44-52.
7. Strauss P. Données épidémiologiques sur l'inceste. Nouvelle revue d'ethnopédiatrie 1985 ;3 : 34-40.
8. Finkelhor D. Current information on the scope and nature of child sexual abuse. The future of children, 1994 ; 4 (2) : 31.
9. de Becker E. Urgences pédopsychiatriques : contexte clinique et prise en charge. Acta Psychiatrica Belgica 2007 ; 107 (3) : 25-33.

10. Hayez J-Y, de Becker E. L'enfant abusé sexuellement et sa famille : évaluation et traitement. Paris, PUF 1997.
11. Laudrin S, Speranza M. Crises et urgence en pédopsychiatrie. Enfance et psychiatrie, Erès Ramonville 2001, dossier urgence n° 18.
12. Guidelines for psychosocial evaluation of suspected psychological maltreatment in children and adolescents. Chicago, APSAC (American Professional Society on the Abuse of Children) 1995.
13. Robin M, Pochard F, Mauriac F, Waddington A, Kovess V, Kannas S. Urgences psychiatriques : doit-on aller sur le lieu de l'urgence, Information psychiatrique 1996 ; 72 (5) : 458-62.
14. Rigaud C. Violence et contention : la fonction phorique du soin. Lyon II, (DEA) Faculté de psychologie 2001.
15. Mazet P-L, Bouquerel G, Millier C. Urgences psychologiques et psychiatriques chez l'enfant et l'adolescent. Paris 57, Sem Hop 1981 ; (15-16) : 815-20.
16. Lempereur E. Utilité de l'échelle de Bayley dans la clinique de la maltraitance, conférence 06/12/07. La Hulpe (Belgique) ONE.
17. Tilmans-Ostijn E. La thérapie familiale face à la transmission intergénérationnelle des traumatismes. Genève, Thérapie familiale 1995 ; 16 (2) : 163-83.
18. Bowlby J. Continuité et discontinuité : vulnérabilité et résilience. Paris, Éditions Devenir 1992.
19. Delion P. La fonction parentale. Bruxelles, Temps d'arrêt, Ministère de la Communauté française de Belgique 2007.
20. Godelier M. Métamorphoses de la parenté. Paris, Fayard 2005.
21. Houzel D. Les enjeux de la parentalité, Erès-Ramonville 1999.
22. Steinhauer PD. Assessing Parenting Capacity Manual Guidelines, Institute for the prevention of child abuse. Montréal 1993.
23. Mauriac F, Zeltner L, Mallat V. Intervenir en situation de crise, Enfance et Psy 2001 ; 18 : 55-61.
24. de Becker E. Clinique et repères diagnostiques de l'enfant abusé sexuellement. Journal de la pédiatrie et de la puériculture 2006 ; 19 : 211-7.
25. Appelboom-Fondu J, Guillon M-S. L'urgence psychiatrique en hôpital pédiatrique. Neuropsychiatrie Enfance Adolescence 1996 ; 44 (8) : 337-42.
26. Kent A, Waller G. The impact of childhood emotional abuse: an extension of the child abuse and trauma scale. Child Abuse and Neglect 1998 ; 22 : 393-9.
27. Leclerc F, Martinot A, Sadik A, Hué V, Dorkenoo A. L'inflation des urgences pédiatriques. Archiv Pediatr 1999 ; 6 (2) : 454-6.

