

## RESEARCH OUTPUTS / RÉSULTATS DE RECHERCHE

### Questions juridiques et thérapeutiques dans les prises en charge des situations de maltraitance infantile

Beague, Maïté; de Becker, Emmanuel; Mirzabekiantz, Grégory

*Published in:*  
Psychothérapies

*DOI:*  
[10.3917/psys.181.0015](https://doi.org/10.3917/psys.181.0015)

*Publication date:*  
2018

*Document Version*  
le PDF de l'éditeur

#### [Link to publication](#)

*Citation for published version (HARVARD):*

Beague, M, de Becker, E & Mirzabekiantz, G 2018, 'Questions juridiques et thérapeutiques dans les prises en charge des situations de maltraitance infantile', *Psychothérapies*, vol. 38, numéro 1, pp. 15-26.  
<https://doi.org/10.3917/psys.181.0015>

#### **General rights**

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal ?

#### **Take down policy**

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

## QUESTIONS JURIDIQUES ET THÉRAPEUTIQUES DANS LES PRISES EN CHARGE DES SITUATIONS DE MALTRAITANCE INFANTILE

Emmanuel de Becker, Maïté Beague

Médecine & Hygiène | « Psychothérapies »

2018/1 Vol. 38 | pages 15 à 26

ISSN 0251-737X

Article disponible en ligne à l'adresse :

-----  
<https://www.cairn.info/revue-psychotherapies-2018-1-page-15.htm>  
-----

Pour citer cet article :

-----  
Emmanuel de Becker, Maïté Beague « Questions juridiques et thérapeutiques dans les prises en charge des situations de maltraitance infantile », *Psychothérapies* 2018/1 (Vol. 38), p. 15-26.  
DOI 10.3917/psys.181.0015  
-----

Distribution électronique Cairn.info pour Médecine & Hygiène.

© Médecine & Hygiène. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

# Questions juridiques et thérapeutiques dans les prises en charge des situations de maltraitance infantile

Emmanuel de Becker<sup>1</sup>,  
Grégory Mirzabekiantz<sup>2</sup>, Maïté Beague<sup>3</sup>

## Résumé

Les situations de maltraitance infantile questionnent de nombreux aspects tels que les faits et leur matérialité, les retombées traumatiques tant dans leurs dimensions intrapsychiques que relationnelles et contextuelles, le cadre d'intervention et ses limites. Il s'avère dès lors essentiel de penser l'intervention sur plusieurs axes tant chaque situation se révèle complexe, intriquant des éléments personnels, familiaux, sociaux. Dans une première partie, nous proposons une synthèse des textes légaux internationaux et européens régissant la maltraitance infantile, au regard des droits de l'enfant, pour estimer le respect de ces derniers par nos interventions. Puis, nous discutons des multiples enjeux de nature thérapeutique au cours de l'évaluation. Au cœur d'une pratique complexe, reliée aux concepts d'intuition et de discernement, la subjectivité enrichit l'expérience clinique, participant au processus d'évaluation. Notre outil de travail s'étaye sur une « balance à fléau » qui recherche un équilibre avec les matériaux subjectifs et objectifs au regard du droit et de la législation. Chaque situation rencontrée est évaluée au cas par cas, sur base d'un bagage théorique important, sur un dispositif clinique solide et sur une juste prise en considération tant des éléments subjectifs que ceux qui apparaissent de manière objective.

## Introduction

Les situations de maltraitance infantile questionnent de nombreux aspects tels que les faits et leur matérialité, les retombées traumatiques tant dans leurs dimensions intrapsychiques que relationnelles et contextuelles, le cadre d'intervention et ses limites<sup>[10,18]</sup>. La transgression commise constitue potentiellement une effraction telle que la construction identitaire de la jeune victime se poursuit sur une voie psychopathologique se traduisant par divers symptômes plus ou moins invalidants<sup>[3]</sup>. A entendre les cliniciens assurant les suivis thérapeutiques d'adultes, de multiples souffrances installées dans la durée sont reliées à des événements de maltraitance infantile non ou insuffisamment

pris en compte. Il s'avère essentiel de penser l'intervention sur plusieurs axes tant chaque situation se révèle complexe, intriquant des éléments personnels, familiaux, sociaux. S'il est recommandé de ne pas assurer seul l'intervention d'un cas de maltraitance, nous préconisons de concevoir la prise en charge à partir d'une équipe spécialisée dans l'approche des aspects transgressifs impliquant adultes et enfants. Nous développons, dans le cadre de cet article, de façon non exhaustive des questions

<sup>1</sup> Pédopsychiatre, Université Catholique de Louvain, Cliniques universitaires Saint-Luc, Bruxelles.

<sup>2</sup> Psychologue clinicien, Université Catholique de Louvain, Cliniques universitaires Saint-Luc, Bruxelles.

<sup>3</sup> Juriste, Université Catholique de Louvain, Cliniques universitaires Saint-Luc, Bruxelles.

d'ordre juridique et thérapeutique concernant les accompagnements évaluatifs des situations de maltraitance infantile, en nous basant sur notre expérience d'équipe SOS-Enfants.

Depuis trente ans, les équipes SOS-Enfants réparties sur le territoire national, ont comme mission première d'établir le bilan complet de l'enfant suspecté être maltraité et de son entourage, ceci dans la perspective de mettre fin à l'inadéquation. La philosophie de ces interventions d'aide et de soins consiste, à faire état des traumatismes éventuels et de leurs retentissements, et à proposer, le cas échéant, un plan thérapeutique adapté. Dans le cadre de notre évaluation, nous rencontrons l'enfant, sa famille, son entourage socio-familial, et nous prenons contact avec le réseau de l'enfant : médecin, école, etc. Ce travail s'établit à l'amiable avec ou sans intervention d'une instance sociale tel le service d'aide à la jeunesse (SAJ) dans un esprit de collaboration et de transparence de notre part ou dans un contexte protectionnel. Il arrive en effet qu'un juge de la jeunesse nous confie la mission d'évaluation d'une situation de maltraitance sous la forme d'un examen médico-psycho-social.

## Cadre et questions d'ordre juridique<sup>1</sup>

La recherche est indispensable afin de nourrir le travail et de faire évoluer les pratiques. Ainsi, dans le cadre d'une précédente recherche liée aux droits de l'enfant, nous avons tenu à confronter notre dispositif au regard des textes légaux internationaux et européens régissant la maltraitance infantile et au regard des droits de l'enfant pour estimer le respect de ces derniers par nos interventions<sup>[2]</sup>. Rappelons que la complexité des situations de maltraitance infantile, en particulier de la maltraitance sexuelle, nous place devant des droits qui vont nécessairement entrer en conflit. Il s'agit alors de mettre en balance ces différents droits et de trancher en faveur de la solution qui semble la plus conforme à l'intérêt supérieur de l'enfant<sup>[2]</sup>.

### **Les dispositions européennes et internationales qui régissent la maltraitance infantile**

Les dispositions légales internationales et européennes concernant l'enfance en danger et plus particulièrement la maltraitance infantile sont nombreuses, dont la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales (ci-après CEDH). On les relève dans plusieurs articles. L'article 3 de la CEDH stipule que : « nul ne peut être soumis à la torture ou à des peines ou traitements inhumains ou dégradants ». L'article 15 de la CEDH précise qu'aucune dérogation ne peut être apportée à cette disposition. La Convention institue donc une interdiction absolue de la torture et des traitements inhumains ou dégradants. Tombent dans le champ d'application de l'article 3 sous l'angle de la maltraitance infantile, les violences physiques, psychiques et sexuelles à l'encontre d'un enfant, qu'elles aient lieu dans le contexte familial ou en dehors, les châtiments corporels et la négligence grave.

L'article 8 de la CEDH concerne également, de manière plus indirecte, la maltraitance infantile puisqu'il régit le droit au respect de la vie privée et familiale. Cette disposition prévoit qu'il ne peut y avoir ingérence d'une autorité publique dans l'exercice de ce droit que pour autant que cette ingérence est prévue par la loi et qu'elle constitue une mesure qui, dans une société démocratique, est nécessaire à la sécurité nationale, à la protection de la santé ou de la morale...

Cette disposition revêt une importance particulière au vu de l'ingérence que peut paraître constituer le « contrôle » effectué par les acteurs professionnels sur la vie privée et familiale des individus, en matière de maltraitance d'enfant. Comme nous venons de l'explicitier, une ingérence est permise si certaines conditions sont respectées.

Par ailleurs, plusieurs dispositions du Pacte international relatif aux droits civils et politiques et du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels concernent l'interdiction de la violence, la protection de la vie privée, le droit du mineur de bénéficier de la protection de l'État et le droit de la famille de bénéficier de l'assistance de l'État (respectivement les articles 7, 17 et 24 et l'article 10). À cet égard, le Comité des droits de l'homme précise que : « c'est en premier lieu à la famille, interprétée au sens large (...) et

<sup>3</sup> Ce chapitre s'inspire de notre recherche précédemment publiée dans le JDJ – NR n° 2

tout particulièrement aux parents qu'il incombe de créer des conditions qui favorisent l'épanouissement harmonieux de la personnalité de l'enfant et le fassent jouir des droits prévus par le Pacte (...). Dans le cas où les parents et la famille manquent gravement à leurs devoirs, maltraitent l'enfant et le négligent, l'État doit intervenir pour restreindre l'autorité parentale, et, lorsque les circonstances l'exigent, l'enfant peut être séparé des siens ».

Il y a lieu également de faire référence à la Convention internationale des droits de l'enfant, datant du 20 novembre 1989. Il s'agit du texte international ratifié par le plus grand nombre de pays (seuls, les États-Unis ne l'ont pas ratifiée, le Soudan du sud, la Somalie et la Palestine étant les signataires les plus récents). Son application concrète est pourtant bafouée au quotidien. Ce texte contient de nombreuses dispositions concernant la protection de l'enfant contre la maltraitance.

Nous nous centrons principalement sur deux dispositions.

L'article 19 prévoit l'obligation pour l'État de prendre toutes les mesures législatives, administratives, sociales et éducatives appropriées pour protéger l'enfant contre toute forme de violence. Sont compris comme forme de violence : les atteintes ou les brutalités physiques ou mentales, l'abandon ou la négligence, les mauvais traitements ou l'exploitation, y compris la violence sexuelle.

L'article 9 impose que Les États parties veillent à ce que l'enfant ne soit pas séparé de ses parents contre leur gré, à moins que les autorités compétentes ne décident, sous réserve de révision judiciaire et conformément aux lois et procédures applicables, que cette séparation est nécessaire dans l'intérêt supérieur de l'enfant.

Une décision en ce sens peut être nécessaire dans certains cas particuliers, par exemple lorsque les parents maltraitent ou négligent l'enfant. L'article 9 stipule également que les États parties respectent le droit de l'enfant séparé de ses deux parents ou de l'un d'eux d'entretenir régulièrement des relations personnelles et des contacts directs avec ses deux parents, sauf si cela est contraire à l'intérêt supérieur de l'enfant.

Enfin, la Charte sociale européenne révisée, en son article 17 interdit toute forme de violence à l'encontre des enfants, que ce soit dans le cadre familial ou en dehors (en institution, à l'école ou ailleurs).

## ***Les obligations des États et les catégories de droits de l'enfant à respecter***

Au regard de cette présentation, deux enseignements doivent être retenus. Le premier est relatif aux obligations des États et le second a trait aux catégories de droits de l'enfant qui peuvent être mises en évidence en ce qui concerne la maltraitance infantile. Premièrement, en vertu de la doctrine des obligations positives des États, ceux-ci ont une obligation de réalisation, c'est-à-dire celle d'adopter des mesures législatives, administratives, financières et judiciaires propres à garantir le respect des droits édictés dans la CEDH et dans le PIDCP et une obligation de protection, c'est-à-dire celle d'adopter des mesures pour garantir la protection de ces mêmes droits et éviter que les droits ne soient violés. Deuxièmement, nous pouvons mettre en évidence quatre catégories de droits ayant trait à notre pratique :

- les enfants ont le droit d'être protégés contre toute forme de maltraitance (physique, psychologique, institutionnelle, sexuelle, négligence grave et enfant en situation de risque) ;
- les enfants ont le droit à la protection de leur vie privée et familiale, et toute ingérence des autorités dans l'exercice de ce droit doit être prévue par la loi et être nécessaire à garantir la sécurité nationale ;
- l'enfant a le droit de bénéficier de mesures de protection et d'assistance spécifiques à sa condition de mineur ;

De ces deuxième et troisième catégories de droits découle le droit de l'enfant de vivre dans toute la mesure du possible avec ses parents et de ne pas être séparés de ces derniers sauf s'ils ne peuvent garantir sa sécurité, le négligent ou le maltraitent.

- enfin, l'enfant a le droit d'être informé sur ses droits.

## ***Notre outil de travail au regard de ces droits : une éventuelle non-conformité de notre dispositif ?***

Au regard des dispositions légales analysées, il nous semble que l'État belge répond en grande partie aux obligations légales soulignées ci-dessus<sup>[2]</sup>. Chaque État est en effet tenu d'adopter des textes légaux instaurant des dispositifs de prévention et de prise

en charge de la maltraitance infantile. Les équipes SOS-Enfants, équipes pluridisciplinaires composées de médecins, psychologues, assistants sociaux et juriste, ont été créées il y a une trentaine d'années. En instituant un tel dispositif, le législateur belge s'est clairement inscrit dans les obligations imposées par les textes légaux internationaux et européens en matière de maltraitance infantile.

La confrontation de nos pratiques au regard des obligations qui découlent de ces textes légaux permet toutefois de mettre en évidence que certains droits de l'enfant pourraient ne pas être suffisamment respectés. La pratique clinique doit régulièrement, à la lumière des catégories de droits de l'enfant, nous amener à nous interroger sur le droit de l'enfant à maintenir des liens avec ses deux parents s'il en est séparé ou éloigné. Si ce droit doit être garanti dans toute la mesure du possible, comment évaluer la mise en application concrète de ce droit en cas de maltraitance sexuelle intrafamiliale, que l'auteur de l'agression soit un parent de l'enfant et/ou un frère ou sœur ?

Les équipes SOS-Enfants s'inscrivent dans l'esprit de déjudiciarisation des situations de maltraitance, y compris les cas d'agression sexuelle. Dès lors, notre équipe est une instance d'aide et de soins qui travaille sur base de la collaboration des parents de l'enfant et du respect de leur accord. Toute situation de maltraitance dans laquelle un accord des parents est possible ne rentre pas dans le champ judiciaire.

Les règles du secret professionnel nous permettent de travailler dans l'alliance avec la famille et l'enfant sans devoir dénoncer la situation aux autorités judiciaires. À l'inverse, dans certaines conditions précises, notamment si le jeune est en danger grave et imminent et que les parents du jeune ne sont pas en mesure de faire cesser ce danger et/ou refusent l'aide proposée, nous pouvons alors nous tourner vers les autorités judiciaires.

Dans les situations rencontrées où un enfant est victime d'agression sexuelle intrafamiliale, la question se pose évidemment de la protection nécessaire et immédiate de ce dernier. Il nous arrive donc de proposer aux parents un éloignement de l'enfant « victime » et/ou de l'auteur « agresseur ». Les représentants légaux du jeune doivent marquer leur accord sur cette mesure proposée.

C'est sur ce point spécifique que nous nous interrogeons sur le juste respect des droits de l'enfant et

sur la conformité de notre dispositif. Les normes évaluées envisagent en effet que la famille est l'élément essentiel et que l'enfant doit, dans toute la mesure du possible, ne pas être séparé de ses parents, sauf lorsqu'il est négligé ou maltraité. Dans les cas extrêmes où l'enfant doit être séparé de ses parents, les textes énoncent explicitement qu'il a alors le droit de maintenir des relations personnelles avec chacun de ses parents. Mais qu'en est-il lorsque l'enfant est agressé sexuellement par l'un de ses deux parents ? La rupture totale des liens est-elle nécessaire ? Comment interpréter les textes juridiques dans ce cas ? De même, lorsque l'abus sexuel intrafamilial se déroule au sein de la fratrie, comment envisager le maintien des liens entre frère(s) et sœur(s) ? Nous pensons que la discipline juridique montre ici ses limites et ne peut répondre à tous les cas de figure rencontrés. Si elle énonce les droits et devoirs de tout un chacun, il s'agira, dans la pratique, de prendre en compte les aspects psychologiques et pédopsychiatriques de l'enfant concerné afin d'envisager concrètement la question du maintien du lien.

## De multiples enjeux de nature thérapeutique

### *Préambule : subjectivité et représentations*

Il n'est guère aisé pour les disciplines psychologiques, sociales et médicales de se positionner sur les questions qui viennent d'être soulevées. Si tant est que le choix du législateur vise à préserver le lien parent-enfant, il s'avère impératif, dans le travail qui concerne la maltraitance, et en particulier les abus sexuels, d'envisager en priorité les aspects d'évaluation des individus et des liens. Que ce soit à la demande des proches et familiers de l'enfant concerné ou dans le cadre d'une mission sollicitée par une instance, les membres de l'équipe SOS-Enfants ont à se positionner sur des questions de maltraitance, en se référant à l'entretien clinique comme média principal<sup>[12]</sup>. Il en est ainsi comme dans tout lien thérapeutique ou clinique en sciences humaines et médicales. Les rencontres individuelles, familiales sont traversées de part en part par notre subjectivité. Celle-ci est constituée de nos représentations et identifications qui se traduisent par de nombreuses interrogations légitimes et nécessaires : « en tant qu'individu, quelle est ma représentation personnelle de ce

qu'est un lien adéquat ? Ma représentation d'une famille ? Comment suis-je touché par la question de l'abus sexuel ? En tant qu'homme ou en tant que femme ? En tant que clinicien et thérapeute, comment je m'identifie au patient ? Si je me sens davantage proche de la victime ou de l'agresseur de quoi cela me "coupe" ? ». Avec l'expérience, nombre de ces interrogations semblent tomber sous le sens et traverser le psychisme de manière automatique, presque inconsciente. En se basant sur un certain savoir et savoir-faire, le professionnel expérimenté ne voit plus toujours le bien-fondé de s'interroger sur « l'outil » qu'il constitue lui-même. La menace se réduit si le travail s'effectue en dyade, en équipe ou si des temps de supervision sont respectés. Nous le savons, tout acte thérapeutique est marqué par la subjectivité du clinicien, de manière consciente et inconsciente, influençant la qualité du lien professionnel, du contact. Nos points de référence sont les réalités rencontrées associées à notre état d'esprit, à nos principes et valeurs ainsi qu'à notre positionnement éthique. Nous sommes attendus à nous distancer de façon « suffisamment juste » de nos représentations au risque de devenir stigmatisants, inadéquats voire maltraitants. Pour des interventions efficaces, c'est-à-dire pertinentes et respectueuses, il y a lieu de mettre au travail nos représentations, en sachant que celles-ci peuvent être alimentées par l'usure, la frustration, l'impuissance. Plongeons alors dans la « réalité du terrain » et des multiples facettes des maltraitances à l'égard des enfants.

### Vignettes Cliniques

Sans être paradigmatiques, trois vignettes illustrent notre propos, en montrant toute la complexité et la singularité de chaque situation clinique.

▷ Nous rencontrons Adrien, âgé de 12 ans, alors que sa famille est en crise suite à l'interpellation toute récente de son oncle paternel convaincu que le jeune adolescent a agressé sexuellement sa propre fille âgée de 6 ans lors d'une fête familiale. Les parents d'Adrien souhaitent une évaluation rapide étant donné les accusations portées et le cataclysme que celles-ci génèrent dans le cercle de la famille élargie. Suite aux confidences de sa fille, l'oncle a immédiatement veillé à ce qu'elle rencontre une psychologue qui, après deux séances, a évoqué une haute probabilité de passage à l'acte. L'examen

médical réalisé en parallèle n'a pas apporté d'éléments contributifs. Sur base de ces données, le père nourrit une rage à peine contenue à l'égard de son fils tandis que la mère, sidérée, ne peut envisager une telle attitude dans le chef d'Adrien. Nous proposons un cadre d'évaluation à l'amiable en établissant des rencontres individuelles, de couple parental et de famille. Nous apprenons qu'Adrien est le deuxième de la fratrie ; il dit s'entendre avec complicité avec ses deux sœurs. L'aînée, âgée de 16 ans, tiendra d'ailleurs un discours protecteur et soutenant à l'égard de son frère, confiant son scepticisme quant aux allégations d'attouchement, estimant qu'il s'agit d'un « coup monté » par la mère de la fille : « elle ne nous aime pas et a trouvé le moyen de provoquer la guerre dans la famille... c'est elle qui a un vrai problème ! ». Quant à Adrien, il se présente comme un adolescent à peine pubère, timide, peu loquace et angoissé. Bien ancré dans la réalité, il retrace quelques éléments de son parcours de vie émaillé de diverses difficultés dans les apprentissages et la socialisation ; ayant peu d'amis, il se réfugie dans sa chambre, plongé sur ses écrans. Il ne se retrouve pas dans l'identité de l'agresseur sexuel telle qu'elle est déjà véhiculée dans la famille élargie : « on a simplement joué dans sa chambre... il ne s'est rien passé de spécial... ». Les entretiens cliniques étant peu contributifs, le jeune accepte de passer des épreuves projectives. Les conclusions de celles-ci confirment le profil d'un jeune à la faible estime personnelle, ne s'étayant pas sur des figures parentales sécurisantes, isolé et seul dans ses préoccupations, doté d'une pulsionnalité sexuelle peu élaborée et à l'agressivité latente susceptible d'éclater de façon explosive. Au fil des rencontres, si nous écartons la probabilité d'un passage à l'acte sexuel de la part d'Adrien, nous devons faire face à un père violent dans ses propos vis-à-vis de son fils qui remet en cause les lignes de force de l'évaluation. Il croit *in fine* Adrien capable « d'avoir touché sa cousine », envisageant même de porter plainte contre lui... Devant sa position radicale et le silence maternel, nous éprouvons bien des difficultés à maintenir une « neutralité pluridirectionnelle ». D'une suspicion d'agression sexuelle d'un adolescent, nous sommes alors confrontés à une situation de maltraitance psychologique envers ce dernier. Nous ne parviendrons pas à maintenir une alliance suffisante avec les parents et devons dès lors solliciter l'ouverture d'un dossier auprès du SAJ afin qu'un accompagnement thérapeutique se

mette en place au sein d'une autre structure. À côté d'une certaine frustration, bien des interrogations demeurent que ce soit au niveau du droit que des enjeux cliniques.

▷ Dans le cadre d'une mission d'examen médico-psychologique donnée par le tribunal de la jeunesse, nous rencontrons une mère et sa fille âgée de 9 ans pour évaluer les conditions de vie de l'enfant et proposer, le cas échéant, une orientation de celle-ci en institution. N'ayant jamais connu son père, Jessica vit seule avec sa mère qui souffre d'un trouble de l'humeur compliqué par un alcoolisme non reconnu. L'enfant et l'adulte manifestent un lien d'attachement solide ; elles se comprennent formant un binôme dynamique et complice. Jessica confie peu d'angoisses, relativisant l'importance de la maladie maternelle. Elle fait montre d'une forte personnalité, dotée d'une maturité et d'une lucidité peu communes pour une enfant de 9 ans. Ceci étant, souvent livrée à elle-même, elle doit se débrouiller, entre autres, dans les tâches quotidiennes et sa scolarité. Il arrive aussi que Jessica doive « mettre sa mère au lit » lorsque celle-ci est ivre... Attachée à sa mère et à son cadre de vie, elle dit spontanément : « je ne veux pas quitter Maman, je suis bien à la maison... si on me met dans un Centre, je fugerai ! ». Quant à Madame, elle nie sa problématique alcoolique, soulignant qu'elle voit régulièrement son médecin traitant... et que la seule aide qu'on peut lui apporter est financière ! Précisons qu'un service d'assistance ménagère intervient à raison d'un passage hebdomadaire. À côté des entretiens dans nos bureaux, nous réalisons des visites à domicile. Le spectacle est dans ce cas particulier édifiant. La chambre de la jeune est sale, les excréments d'animaux à même le sol laissent une odeur nauséabonde. La couette de lit jaunie n'est pas couverte d'un drap, et l'oreiller est un coussin de canapé couvert de poils de chat. Néanmoins, Jessica est fière de nous faire visiter sa chambre qu'elle estime grande et agréable. Par ailleurs, l'enfant nous dit manger à sa faim, se nourrissant quasi-exclusivement de cornflakes et de raviolis. L'état d'insalubrité des lieux, l'isolement de la cellule familiale, la maladie psychiatrique maternelle, les conditions générales de développement de Jessica sont autant de facteurs d'inquiétudes qui doivent faire évoquer une situation dite « à risque ». En conséquence, le maintien de l'enfant à domicile est interrogé ; des

questions d'ordre clinique et du droit, en référence aux considérations émises plus haut, sont abordées en réunion d'équipe de manière collégiale. In fine, est retenu un plan thérapeutique sur plusieurs axes : intervention psycho-éducative à domicile ; entretiens psychothérapeutiques mère-enfant ; prise en charge psychiatrique de Madame ; réévaluation de la situation dans 12 mois.

▷ Une sœur d'une mère de quatre garçons nous sollicite étant donné qu'elle a reçu un appel à l'aide d'un de ses neveux. Celui-ci âgé de 12 ans, le deuxième de la fratrie, vient de battre avec sa mère. Cette tante qui a, dans le passé, hébergé en urgence les enfants confie ses inquiétudes estimant que la limite est maintenant atteinte. Elle précise qu'elle a contacté en parallèle le SAJ qui l'a renvoyée vers notre équipe. Rapidement, nous rencontrons les parents en présence de la sœur de Madame afin de comprendre les tenants et aboutissants de la situation afin de proposer des pistes d'intervention cohérente et efficace. Nous apprenons que, depuis des années, différents Services et thérapeutes ont été impliqués, que ce soit au niveau du couple, de la famille, des membres du système pris individuellement. Les enfants âgés de 14, 12, 10 et 8 ans manifestent tous des difficultés d'apprentissage et/ou de socialisation. De plus, de la violence dans le couple est présente sans que les deux protagonistes directement concernés ne la reconnaissent réellement. Les interventions antérieures ne semblent point avoir permis d'arrêter la dynamique du système, celui-ci s'auto-entretenant, chacun étant aspiré dans un fonctionnement opératoire et événementiel. Toute tentative de distanciation et d'élaboration est avortée. La famille élargie est régulièrement interpellée tandis que les forces de l'ordre débarquent à domicile sur appel du voisinage inquiet face aux cris et hurlements. Monsieur et Madame confient avoir atteint leur seuil de tolérance sans pour autant acter une décision concrète pour enrayer la « spirale interactionnelle pathogène ». Ils confient : « c'est vrai, c'est invivable, il y a des cris et parfois des coups... mais nous nous aimons et nous ne pouvons envisager ni la séparation ni l'éloignement des enfants ». Ayant obtenu leur accord pour réaliser une évaluation dans le cadre d'un programme du SAJ, nous rencontrons toutes les personnes de la famille nucléaire ainsi que les oncles, tantes et grands-parents de chaque lignée

parentale. Différents formats d'entretiens autorisent progressivement une compréhension synchronique et diachronique du groupe familial. Des enjeux interpersonnels, des conflits de loyauté, des non-dits ont facilité la mise en place d'un système dans lequel les liens se sont rigidifiés. Les souffrances perceptibles, non-énoncées dans le discours, sont exprimées dans l'agir et en l'occurrence à travers les passages à l'acte. Les enfants, mis à part l'ainé, refusent avec force l'idée d'une distanciation du domicile, par exemple sous la forme d'un internat. Avec le temps, nous constatons une évolution cyclique avec alternance de périodes d'accalmie et de détente et de périodes tumultueuses marquées par des fugues des garçons de 12 et 10 ans, des cris et des coups au sein du couple et entre la mère et l'ainé des enfants. Nous poursuivons l'évaluation, et lors d'une rencontre individuelle, le plus jeune des garçons confie son désespoir et ses pensées de mort. Une hospitalisation de ce dernier s'avère alors indispensable, mesure qui amènera, entre autres, le SAJ à orienter tous les enfants, malgré le désaccord de ceux-ci, en Centre d'accueil pour une période de 2 mois. Cette situation nous a conduits à réfléchir en équipe élargie aux collègues du SAJ concernés par cette famille, sur les attitudes bénéfiques à l'enfant en termes de soin, d'aide, dans le respect du droit et de la législation.

### ***Le temps de l'évaluation*** **Son propre « outil », le Soi** **et le travail à plusieurs**

Après l'analyse de la demande et la définition d'un cadre clair d'intervention, se met en place une évaluation. Dès les premiers contacts, l'appareil psychique des cliniciens est mobilisé activement d'autant que divers aspects doivent être abordés dans les dimensions du réel, du symbolique, de l'imaginaire, dans les perspectives individuelles et relationnelles. Dans la suite des travaux de Winnicott, soulignons que l'espace transitionnel est celui du Soi (individu social) et que la « transitionnalité » constitue un espace de créativité des paradoxes, puissant facteur d'appropriation et de symbolisation des expériences<sup>[9]</sup>. Le Soi des intervenants est sollicité dans ces aspects de lien social transgressé. Des remaniements s'opèrent liés à la rencontre entre l'autre et les éléments personnels. Les subjectivités sont puissamment mobilisées, le

professionnel s'interrogeant sur lui-même : « quand j'écoute cet enfant, cet adulte, lorsque j'entends ces faits de maltraitance, qu'est-ce que je ressens ? Qu'ai-je envie de dire... ou de taire ? Ai-je en moi de la colère, du dégoût ? Un autre sentiment ? Un souvenir personnel ressurgit-il quand je vois cet enfant, ce parent ? ». Quelles sont les éventuelles balises pour contrôler ce que l'on fait de cette subjectivité ? Certes, nous disposons de nos référents théoriques, nos paradigmes et en l'occurrence les courants psychodynamiques et les approches systémiques et familiales ; ceux-ci alimentent notre savoir aux réelles répercussions sur le positionnement clinique, notre manière d'être, notre savoir-être<sup>[10]</sup>. En complément à ce premier appui essentiel, notre travail en dyade (co-intervention) permet aux deux professionnels de diffracter l'analyse, d'attribuer des rôles spécifiques, de mettre en acte la complémentarité. En effet, nous sommes à la fois soutenus et soumis au regard de l'autre clinicien, en rappelant qu'une bonne co-intervention ne vise ni le « consensus de perceptions » ni l'adhésion du collègue<sup>[8]</sup>. Les situations de maltraitance sont complexes et génèrent des « déplacements affectifs » de manière différenciée. Ne pas intervenir de façon isolée, modalité recommandée, demande de quitter, en partie, sa zone de confort et de pleine maîtrise de ses émotions et perceptions. À ce propos, il est classique d'entendre des collègues accueillir un nouveau membre en le prévenant quant à la co-intervention : « il faut accepter de se montrer à l'autre, de parler de ce qu'on a ressenti, de ce qui fait écho... ». Les représentations personnelles confrontées à celle du collègue et de l'équipe appartiennent désormais au champ collectif. Il s'agit ici d'une valeur essentielle dans la clinique des situations de maltraitance, qualité qui autorise d'une part une approche plus fine des patterns transactionnels dysfonctionnels qui sont à évaluer et d'autre part un renforcement des mécanismes protecteurs nécessaires dans ce type de pratique. Ainsi, telle famille, tels individus ne viennent pas rencontrer le thérapeute « X » ou « Y » en particulier ; l'entretien évaluatif se déroule au sein d'une structure définie qui est personnifiée par un professionnel spécifique. La dimension d'équipe, forte et cohérente, est portée par tous ses membres.

En lien avec la subjectivité, les représentations et la communication, se décline la notion d'intuition. Elle peut être définie comme une faculté de l'esprit qui permet de manière immédiate d'évaluer

une situation précise en la mettant en rapport avec d'autres similaires et connues<sup>[9]</sup>. Opère-t-elle en tant que mécanisme inconscient sans se référer à la pensée ? Spinoza estime que l'intuition est une connaissance immédiate et certaine de l'essence même des choses à partir de la compréhension nécessaire de leur cause par la raison<sup>[20]</sup>. Pour l'auteur, l'intuition est l'unique source de vérité, qui s'oppose à la connaissance imprécise issue du langage et/ou de l'expérience corporelle. Sartre considère qu'il n'y a d'autre connaissance qu'intuitive<sup>[9]</sup>. Kant, lui, distingue intuition empirique et intuition pure ; la première compréhension est relative au contenu de la sensation, tandis que l'intuition pure renvoie à la sensibilité<sup>[14]</sup>. Quant à Jung, il intègre l'intuition comme une des grandes dimensions psychologiques qu'il a développées, estimant que la manière dont l'individu perçoit les éléments du monde extérieur relève soit de l'intuition soit de la sensation<sup>[13]</sup>. La compréhension du concept varie ainsi d'un auteur à l'autre, selon, entre autres, l'importance de la lecture philosophique qui en est apportée. Ainsi, l'intuition, s'appuyant sur des connaissances et une logique déductive, peut être définie comme une opération mentale immédiate, quasi instantanée dont le principal mécanisme est inconscient et dont la conclusion semble seule disponible à l'attention consciente. Soulignons aussi que l'intuition peut induire l'individu en erreur, l'amenant à se reposer sur un sentiment d'évidence quant à la véracité ou non d'une proposition ou d'une impression. Dans notre pratique spécifique, si on ne peut faire fi de son intuition, il y a lieu de l'enrichir par l'apport d'éléments issus de l'observation, des références théoriques et de l'épistémologie de base ou encore du regard d'un co-thérapeute.

### **La nécessaire « balance » entre subjectivité et objectivité**

Celle-ci est activée lors de chaque évaluation. Nous sommes en effet attendus à appréhender le vécu de l'enfant et des membres de son entourage en prenant en compte le Réel et la matérialité des faits allégués ou suspectés. Précisons qu'il ne serait ni clinique ni éthique de ne considérer qu'un des plateaux de cette « balance à fléau ». Depuis 30 ans, les regards croisés des différentes disciplines permettent de construire l'évaluation de l'éventuelle matérialité des faits de maltraitance et de leurs impacts sur la jeune victime et son entourage. Chaque professionnel, dans

sa discipline et sa spécificité propre, participe au processus diagnostique complétant, à la manière de l'assemblage d'un puzzle, l'analyse la plus holistique possible de l'enfant en question et de son environnement socio-familial<sup>[7]</sup>. Les dimensions synchronique et diachronique sont toujours prises en compte. Ainsi, le diagnostic de maltraitance vise, en partant de la matérialité des faits allégués et/ou constatés, à qualifier l'état d'un enfant et des membres de son entourage socio-familial, à estimer les éventuelles répercussions de l'inadéquation sur le fonctionnement individuel et relationnel, en vue de proposer le projet thérapeutique le plus pertinent<sup>[12]</sup>. Les aspects méthodologiques du processus concernent plusieurs champs diagnostiques, chacun se référant à des outils spécifiques adaptés. Parcourons succinctement ceux-ci en relevant combien l'expérience acquise durant ces années a montré la pertinence d'une « systématisation souple et flexible » dans le processus d'investigation. Le premier plan correspond au diagnostic social qui consiste à analyser le contexte général de l'enfant et de son entourage, en prenant en considération la culture, les ancrages sociaux, les conditions de vie socio-économiques. Si la maltraitance transcende toutes les couches sociétales, la précarité représente indéniablement un facteur de risque. Le diagnostic systémique complète la première exploration. Il y a 20 ans, un auteur comme Barudy a proposé de « catégoriser » les familles à travers leur dynamique dite « maltraitante »<sup>[1]</sup>. Force est de constater qu'aujourd'hui, si certains patterns relationnels dysfonctionnels peuvent être retrouvés, l'abus sexuel traverse les multiples configurations familiales tant celles-ci ont évolué. Remarquons cependant que plus une famille présente un fonctionnement chaotique, enchevêtré, « hors limite », plus le risque de passage à l'acte est présent<sup>[1,12]</sup>. L'instabilité de la cellule familiale favorise certainement la maltraitance sexuelle sur enfant<sup>[21]</sup>. L'évaluation systémique consiste donc à situer un individu dans son système d'appartenance, en observant la qualité des interactions, en relevant les dysfonctionnements à côté des potentialités et ressources susceptibles d'être mises en valeur lors de la phase thérapeutique. Le troisième plan diagnostique recouvre le volet médical ; l'examen somatique de l'enfant tente d'une part de mettre en évidence les éventuelles lésions, et d'autre part de ré-humaniser le corps traumatisé le cas échéant. Notons que le pédiatre

membre de l'équipe spécialisée recueille régulièrement des questions spécifiques voire des éléments nouveaux que l'enfant confie dans ce cadre particulier d'une rencontre avec « l'homme ou la femme en blanc ». L'effet thérapeutique de cette rencontre médicale sur l'angoisse est loin d'être négligeable. Les aspects psychologiques et psychopathologiques représentent le quatrième plan du processus diagnostique. La qualité des liens d'attachement, les fonctionnements individuels des enfants et des adultes concernés, la présence des retentissements traumatiques d'une part et de trouble mental d'autre part constituent quelques axes d'investigation. Il est essentiel d'appréhender, entre autres, les liens aux figures d'attachement, les mécanismes défensifs comme les processus d'identification et de projection. Les multiples démarches diagnostiques se réalisent par des rencontres de parole soutenues par différents médias et certains examens ou tests<sup>[11,17,18]</sup>. L'anamnèse nous apprendra si une évaluation antérieure de l'enfant a été réalisée. Quoi qu'il en soit, nous sommes attentifs à situer le jeune individu dans son développement global, en utilisant à cet effet le Brunet-Lézine et la GED (« Grille d'Évaluation du Développement », Laboratoire d'études du nourrisson de Montréal). Tout le volet cognitif, celui des apprentissages en général, est nécessairement pris en compte. Il est aujourd'hui acquis que l'éloignement de son milieu de vie d'un enfant qui y subit de la maltraitance peut permettre d'observer chez lui une amélioration de ses capacités intellectuelles<sup>[16]</sup>. Pour l'évaluation psycho-affective, le Rorschach, le CAT ou le TAT apportent des éléments précieux tant au niveau de l'enfant que des adultes en question, permettant non de connaître la vérité mais de mieux appréhender les fonctionnements psychiques. Au début du processus de prise en charge, une grande importance est accordée à la parole de l'enfant. À cet effet, nous réalisons un entretien spécifique en respectant la méthode NICHD (« National Institute of Child Health and Human Development »), construite sur des questions ouvertes qui réduisent le risque de la suggestivité. L'expérience nous a conduits à abandonner la méthode SVA (« Statment Validity Analysis »), lourde d'utilisation et souffrant de l'absence de validité scientifique internationale. Soyons attentifs au fait que nous ne disposons pas d'outils propres à l'évaluation de l'agression sexuelle ou de toute autre forme de maltraitance, mais bien uniquement de

l'allégation ! Nous restons convaincus de l'importance d'oser parler de la maltraitance en rencontrant l'enfant sur la matérialité des faits qu'il a vécus, pour autant que le clinicien ait travaillé ses propres résistances et représentations liées à la sexualité transgressive. Aujourd'hui, la parole de l'enfant a une valeur sociale qui interviendra, le cas échéant, dans la logique judiciaire et les éventuelles poursuites pénales. Mais cette parole ne peut être pleinement assurée et ne peut donc engager l'enfant par manque d'assimilation des notions de discernement et de consentement éclairé. Rappelons enfin qu'il y a lieu de distinguer authenticité et crédibilité<sup>[11]</sup>.

### De quelques points d'attention

Certes, bien des aspects doivent être pris en considération et ce certainement avec les éléments du droit rappelés plus haut. Abordons-en l'un ou l'autre qui suscite une attention particulière. Tout d'abord, l'allégation d'un enfant de 3 ans n'a pas la même portée que celle d'un jeune de 12 ans, dans son rapport au corps, à l'intimité, au temps, à la mémoire, à la réalité... Appuyons l'importance de connaître le développement de l'enfant dans ses multiples champs, en partant, entre autres, des travaux de Maslow sur les besoins de base<sup>[4,15]</sup>.

Durant nos entretiens évaluatifs, nous explorons et nous nous assurons que ces différents besoins sont respectés à travers l'analyse de divers pôles : le contexte socio-familial, les ressources dans le réseau social ; l'état psychique de l'enfant et sa santé ; les relations parents-enfants, la qualité de

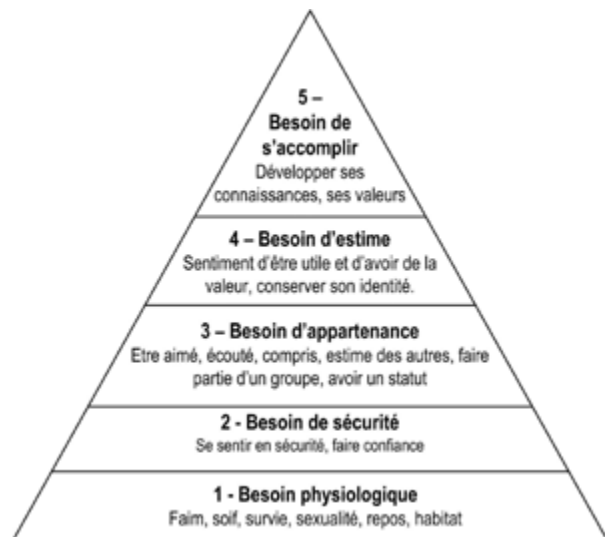


Figure 1. La pyramide de Maslow

l'attachement ainsi que les compétences parentales (par exemple, « le parent est-il capable de se décentrer de soi ? Peut-il assurer la sécurité de l'enfant ? Dispose-t-il d'élan vital, d'assez d'énergie pour s'occuper de lui ? Est-il capable de contenir son énervement et/ou ses pulsions agressives ? Est-il capable de poser des limites ? »).

Puis, il y a lieu de rappeler combien la constitution des liens au sein de tout système familial est complexe et différenciée. Quelques interrogations émergent au cours des rencontres illustrent ce point : « La relation considérée comme toxique avec l'aîné des enfants l'est-elle avec les autres ? Prenons-nous un risque à généraliser cette hypothèse ? Un risque à ne pas l'imaginer ? Comment travailler la question d'un lien différencié en fonction des enfants ? Comment expliquer à ce garçon que lui n'a plus droit à des contacts avec sa mère alors que ses sœurs vivent encore avec elle ? Si un parent est considéré comme ayant une personnalité pathologique, il est peu envisageable qu'il ne soit inadéquat qu'avec certains des enfants... Lorsqu'on évalue la toxicité des faits, leurs répercussions, il est essentiel de tenir compte de ce que le parent en dit à l'enfant ; le culpabilise-t-il ? Est-ce qu'il le menace subtilement voire ouvertement ? ».

Parallèlement, comme les vignettes cliniques le montrent, on ne peut omettre la question du maintien du lien. Lorsqu'une séparation dite matérielle d'un enfant du reste de la famille est décidée, comment estimer la durée « raisonnable » de celle-ci ? Les contacts avec la jeune victime ne devraient être imaginés que si celle-ci les conçoit, les accepte... Il faut aussi rester vigilants à ne pas forcer le lien, ni à y greffer nos positions idéologiques (par exemple, « tout enfant a besoin de son père/de sa mère pour bien grandir »), ou d'imposer des normes sociétales. Se reposer sur la famille élargie, un centre d'hébergement ou une famille d'accueil assure, éventuellement pour un temps, une occasion pour la victime de vivre dans un environnement plus serein sans pour autant dénier l'existence de la famille dont on la sépare. Il arrive aussi que l'éloignement de l'agresseur soit envisagé, par exemple, dans les cas d'agression sexuelle intra-familiale. Cette piste est loin d'être sans conséquence, surtout si les faits ne sont pas avérés, si le doute persiste.

Cette dernière précision ouvre sur une considération essentielle à savoir qu'il s'agit d'une clinique habituellement incertaine au-delà de représenter

une clinique du risque. Beaucoup de nuances sont à apporter aux évaluations qui demandent de l'humilité dans un contexte sociétal dans lequel une objectivité affirmée est de plus en plus attendue (par exemple, on veillera à conclure : « les impressions cliniques intégrant certains éléments objectivables laissent à penser qu'il semble plus judicieux pour cet enfant de prendre telle voie... »). Cette exigence nous conduit à rendre nos évaluations à la fois rigoureuses et prudentes. C'est là qu'il est essentiel de se confronter au droit et à la réalité juridique, en se disant que si une autorité judiciaire intervient elle attend des cliniciens un éclairage concret pour l'aider à se positionner. Les facteurs protecteurs et de vulnérabilité mis en exergue au cours du processus évaluatif doivent, le cas échéant, contribuer à la prise de sanctions protectionnelles. Par ailleurs, s'il est problématique de soustraire un enfant de son cadre de vie alors qu'il s'avère dans l'après coup qu'il n'était pas en danger, nous sommes conscients qu'il est d'autant plus grave de laisser un jeune dans son milieu toxique en lui renvoyant que personne n'est en mesure de le protéger. L'évaluation permet de récolter une quantité d'éléments afin de se positionner sur de nombreuses interrogations. Relevons encore que la subjectivité, dont l'importance a été rappelée plus haut, détermine nos propositions thérapeutiques ainsi que les décisions judiciaires, pouvant même pénétrer les relations entre Services et structures intervenant auprès d'un enfant et de sa famille au risque de générer tensions et rivalités. Il est en effet loin d'être rare que tel professionnel prenne fait et cause pour un père, sensibilisé par sa personne, alors que le clinicien qui a rencontré l'enfant ayant confié de la maltraitance paternelle est convaincu de la matérialité des faits, estimant que l'adulte représente un danger réel pour la jeune victime. Un autre exemple est donné dans la première vignette clinique présentée. Phénomènes de « transfert et contre-transfert » pour certains, « résonance » pour d'autres, ils traduisent combien, en tant qu'intervenant judiciaire ou professionnel d'aide et de soins, on se sent plus ou moins troublé par tel ou tel aspect des membres du système familial et ce de manière différenciée. Un certain équilibre se trouve alors en croisant les observations et vécus. Les notions d'altérité, de culpabilité, d'empathie, de capacité de remise en question, sont autant d'éléments à considérer nous autorisant à complexifier, à « problématiser » les subjectivités individuelles et collectives.

## Conclusion

Et si la subjectivité pouvait être considérée comme un repère ? Au cœur d'une pratique complexe, reliée aux concepts d'intuition et de discernement, elle enrichit l'expérience clinique, participant au processus d'évaluation. Notre outil de travail s'étaye sur une « balance à fléau » qui recherche un équilibre avec les matériaux subjectifs et objectifs au regard du droit et de la législation. Chaque situation rencontrée est évaluée au cas par cas, sur base d'un bagage théorique important, d'un dispositif clinique solide et d'une juste prise en considération tant des subjectivités que des signes objectifs. En d'autres termes, nous veillons à construire une oscillation

dynamique entre objectivité et subjectivité tout au long du canevas de rencontres, en évitant de rigidifier les phénomènes de pensée. Toutefois, il arrive que des critères juridiques s'opposent aux données cliniques. Par exemple, les données issues du droit livrent des arguments pour maintenir un lien parent-enfant alors que cliniquement on retiendrait l'avis contraire. L'expérience conduit alors à proposer de « tiercéiser » en réunissant tous les acteurs impliqués et de faire état de l'ensemble des indicateurs, en rappelant la priorité de l'intérêt premier de l'enfant dans l'« ici et son futur »<sup>[5]</sup>. Et toute évaluation gagne en pertinence si elle est pensée dans une perspective et une intention thérapeutiques. ■

(Article reçu à la Rédaction le 30.7.2017)

**Summary** The situations of ill-treatment question several aspects such as the facts and their materiality, the traumatic fallout so much in their dimensions intrapsychic as relational and contextual, the frame of intervention and its limits. It turns out from then on essential to think of the intervention on several axes so much every situation shows itself complex with personal, family, social elements. In a first part, we propose a synthesis of the international and European legal texts governing the infantile ill-treatment, with regard to children rights, to estimate the respect for the latter by our interventions. Then, we discuss multiple stakes in therapeutic nature during the evaluation. At the heart of a complex practice, connected with the concepts of intuition and discernment, the subjectivity enriches the clinical experience, participating in the process of evaluation. Our working tool supports on a “beam balance” which looks for a balance with the subjective and objective materials with regard to the right and to the legislation. Every situation is individually estimated, on base of an important theoretical luggage, on a solid clinical device and on a just taking into consideration so many subjective elements as those who appear in a objective way.

## Bibliographie

- [1] Barudy J. De la bientraitance infantile. France : Fabert ; 2007.
- [2] Beague, M., « Equipes SOS Enfants : le dispositif de prévention et de prise en charge de la maltraitance infantile en Fédération Wallonie-Bruxelles au regard de quelques normes internationales », *J.D.J.*, 2015, n° 347, pp. 12-25.
- [3] Beague M., Chatelle N., de Becker E. L'abus sexuel intrafamilial : discussion médico-psycho-juridique sur la pertinence du modèle de prise en charge *Acta Psychiatrica Belgica* 2015/1 ; 24-35.
- [4] Berlin L.J., Appleyard K., Dodge K.A. Intergenerational continuity in child maltreatment mediating mechanisms and implications for prevention. *Child Development* 2011 ; 82(1) : 162-176.
- [5] Bridwell, L.G., Wahba, M.A. « Maslow reconsidered : A review of research on the need hierarchy theory », *Baruch College, The City University of New York USA* publié dans *Organizational Behavior and Human Performance*, 15, 2, 1976, Pages 212-240.
- [6] Chatelle N., de Becker E. Troubles psychiatriques et parentalité entre soins psychiatriques pour adultes et protection de l'enfant. *Annales Médico-psychologiques* ; 2016, 174, 627/633.
- [7] Colette-Basecqz N., « Le secret professionnel face à l'enfance maltraitée ». *Annales de Droit de Louvain (A.D.L.)* 2002 vol. 62 ; n° 1-2 : 3-30.
- [8] de Becker E, Maertens M-A. Le devenir de l'enfant victime de maltraitance sexuelle. *Annales Médico-Psychologiques* 2015 Vol. 173 ; n° 9 : 805-814.
- [9] de Becker E., Lescalier-Grosjean I., Swine F., De l'usage de la cothérapie, *Acta Psychiatrica Belgica*, Vol. 108, N° 5, 2008, 9-17.
- [10] de Becker E. Le diagnostic en Psychiatrie Infanto-Juvenile est-il possible et souhaitable ? *Cahiers de Psychologie Clinique* 2017/1 n° 48, pp 65 à 90.
- [11] Haesevoets Y.H. Regard pluriel sur la maltraitance des enfants. Belgique : Ed. Kluwer ; 2003.
- [12] Hayez J.Y., de Becker E. La parole de l'enfant en souffrance : accueillir, évaluer et accompagner. Paris : Dunod ; 2010.
- [13] Hayez J.Y., de Becker E. L'enfant victime d'abus sexuel et sa famille. Evaluation et traitements. Paris : PUF ; 1997.
- [14] Jung C.G. *Psychologie de l'inconscient*, Le Livre de poche ; 1996.
- [15] Kant E. *Critique de la raison pure*, PUF ; 1975.

- [16] Maslow A., «A Theory of Human Motivation», *Psychological Review*, 50, 1943, p. 370-396.
- [17] Monzee J. (Dir.). *Neuroscience, psychothérapie du développement affectif de l'enfant*. Liber; 2014.
- [18] Ogloff JRP, Cutajar MC, Mann E, Mullen P.: Child sexual abuse and subsequent offending and victimisation: A 45 year follow-up study. *Trends & Issues in Crime and Criminal Justice* no. 440. Canberra: Australian Institute of Criminology. <http://aic.gov.au/publications/current%20series/tandi/421-440/tandi440.html>
- [19] Robin P. *L'évaluation de la maltraitance: comment prendre en compte la perspective de l'enfant?* Rennes, Editions PUR; 2013.
- [20] Sartre J-P. *L'Être et le néant*, Paris, Gallimard; 1943.
- [21] Spinoza. *Ethique*, traduction et notes de Guérinot A., IVREA; 1993.
- [22] Trickett PK, Noll JG, Putnam FW. The impact of sexual abuse on female development: Lessons from a multigenerational, longitudinal research study. *Development and Psychopathology* 2011; 23(2): 453-476.

**Correspondance**  
Dr Emmanuel de Becker  
Cliniques Universitaires St-Luc  
Avenue Hippocrate 10  
1200 Bruxelles  
Belgique  
emmanuel.debecker@uclouvain.be