

Malmener voire maltraiter un enfant nous paraît une réalité impensable à laquelle nous ne pouvons imaginer participer. La maltraitance apparaît au sein des familles dans des contextes de souffrance fragilisant les parents qui perdent alors leur rôle protecteur vis-à-vis de l'enfant. Mais les institutions et les professionnels de l'aide et du soin sont aussi touchés par des dysfonctionnements, ils peuvent devenir maltraitants pour l'enfant. Ce livre aborde la maltraitance institutionnelle, en trace les contours et les dynamiques à l'œuvre.

La crise sanitaire a amplifié les dysfonctionnements. L'auteur analyse en quoi les dynamiques de maltraitance familiales se rejouent au sein des institutions et entre professionnels. Comment travailler ensemble dans des liens contenantants ? Comment prendre soin des institutions et des professionnels pour prendre soin des familles ? Comment résister aux mouvements dysfonctionnants, maltraitants et rester engagé dans son métier ? Ouvrir ces questions participe à prévenir la maltraitance institutionnelle.

Emmanuel de Becker est psychiatre et psychothérapeute pour enfants, adolescents et leurs familles. Il est chef du service de psychiatrie infanto-juvénile et coordinateur de l'équipe SOS-Enfants des Cliniques universitaires Saint-Luc à Bruxelles. Professeur ordinaire à la Faculté de Médecine et maître de stage coordinateur en psychiatrie infanto-juvénile à l'Université Catholique de Louvain, il est aussi l'auteur de nombreux articles et livres.

yapaka.be

Coordination de la prévention  
de la maltraitance  
Secrétariat général  
Fédération Wallonie-Bruxelles  
de Belgique  
Bd Léopold II, 44 – 1080 Bruxelles  
yapaka@yapaka.be



MALTRAITANCE INSTITUTIONNELLE EN TEMPS DE CRISE

EMMANUEL DE BECKER

131 yapaka.be

LECTURES

TEMPS D'ARRÊT

# MALTRAITANCE INSTITUTIONNELLE EN TEMPS DE CRISE

*Emmanuel de Becker*

yapaka.be

# **Maltraitance institutionnelle en temps de crise**

*Emmanuel de Becker*

*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.*

**Directrice de collection :** Claire-Anne Sevrin assistée de Diane Huppert ainsi que de Meggy Allo, Laurane Beaudelot, Philippe Dufromont, Audrey Heine et Habiba Mekrom.

## Le programme yapaka

Fruit de la collaboration entre plusieurs administrations de la Communauté française de Belgique (Administration générale de l'Enseignement, Administration générale de l'Aide à la Jeunesse, Administration générale des Maisons de Justice, Administration générale du Sport, Administration générale de la Culture et ONE), la collection « Temps d'Arrêt / Lectures » est un élément du programme de prévention de la maltraitance yapaka.be

**Comité de projets :** Mathieu Blairon, Nicole Bruhwylter, Louise Cordemans, Olivier Courtin, Jean-Marie Delcommune, Anne-Marie Dieu, Marleine Dupuis, Ingrid Godeau, Françoise Guillaume, Pascale Gustin, Françoise Hoornaert, Farah Merzguioui, Raphaël Noiset, Jessica Segers, Nathalie Van Cauwenberghe, Françoise Verheyen.

**Comité directeur :** Frédéric Delcor, Freddy Cabaraux, Valérie Devis, Annie Devos, Lise-Anne Hanse, Alain Laitat, Raphaël Noiset, Benoit Parmentier.

*Une initiative de la Fédération Wallonie-Bruxelles de Belgique.*

Éditeur responsable : Frédéric Delcor – Fédération Wallonie-Bruxelles de Belgique – 44, boulevard Léopold II – 1080 Bruxelles.  
Mars 2022

Un contexte devenu maltraitant .....	5
Protéger l'enfant ? .....	7
Vignette clinique .....	9
Qu'entendons-nous par maltraitance institutionnelle ? .....	15
La portée traumatique des maltraitements .....	23
Comment définir une crise ? .....	29
Écueils et défis .....	32
L'espace-intermédiaire et l'enveloppe partenariale .....	36
Une pratique de réseau .....	41
Le secret professionnel partagé .....	45
Comment rester professionnel en temps de crise ? .....	49
Un phénomène d'aliénation .....	56
Bibliographie .....	58

## Un contexte devenu maltraitant

La crise pandémique devenue endémique a indéniablement cristallisé les dysfonctionnements dans l'organisation des soins dans le champ de la santé mentale. Quelle que soit leur discipline, les professionnels de la sphère infanto-juvénile sont confrontés à une augmentation des demandes de prises en charge et à un engorgement des structures habilitées à assurer les soins à l'égard des enfants et des adolescents en souffrance psychique. La situation, tant de l'aide à la jeunesse que du tribunal de la jeunesse belges, est plus que jamais préoccupante.

Ainsi, tout en reconnaissant l'existence d'initiatives encourageantes et d'issues favorables à certains parcours thérapeutiques, l'ensemble du système ne semble guère éloigné de devenir une géhenne, certainement pour ce qui concerne l'accueil résidentiel d'urgence. Il en ressort une majoration logique d'un des retentissements, en l'occurrence une des formes d'inadéquation envers le mineur d'âge, à savoir la maltraitance institutionnelle.

Nous pourrions nommer « doubles maltraitances » ces situations dans lesquelles une violence institutionnelle se surajoute à une maltraitance (intra- ou extra)familiale à l'égard d'un enfant. Il est d'ailleurs reconnu que les impacts de la maltraitance sur la victime, ce qu'on appelle parfois la destructivité, sont d'autant plus présents que les réponses institutionnelles s'avèrent inappropriées.

Cette trop longue crise rappelle combien il est indispensable de prendre soin des trois piliers inhérents au bien-être du sujet humain. À côté de la santé physique, les éléments de santé mentale incluant le rapport à soi et aux autres ainsi que les facteurs d'ordre socio-éco-

nomique constituent des paramètres tout aussi vitaux à considérer. Les deux années qui viennent de s'écouler ont révélé les problématiques psychiques des jeunes quand elles ne les ont pas amplifiées. Le nombre de passages à l'acte suicidaire, de décompensations anxieuses, de perturbations graves des conduites alimentaires... a explosé, tous réseaux de soins confondus. La saturation de ceux-ci est proche du point de rupture. Les échanges au sein des réseaux perdent de leur flexibilité, se rigidifient, non sans la perte de l'humour dans les contacts entre intervenants ; ce constat traduit aussi une tendance des professionnels à vouloir se protéger. De nombreuses heures de négociation sont, par exemple, indispensables pour réorienter un jeune se présentant aux urgences psychiatriques et nécessitant un lieu de soins adapté et contenant.

La crise pandémique et ses mesures sanitaires ont clairement perturbé les équilibres psychiques et relationnels et ont plongé certains systèmes dans la violence conjugale et dans la maltraitance infanto-juvénile. Elle rappelle combien l'humain est vulnérable sitôt qu'il est confronté à l'absence de maîtrise et à l'émergence d'angoisses massives.

Si la crise sanitaire a fragilisé la pratique de réseau, elle a confirmé toute son importance dans l'accompagnement professionnel des familles en difficulté. Centrons-nous alors sur une problématique, certes préexistante à cette crise, à savoir la maltraitance institutionnelle à l'égard des mineurs d'âge, d'autant qu'elle prend une dimension particulière dans les pratiques actuelles de réseau.

## Protéger l'enfant ?

Aborder la maltraitance conduit inévitablement à discuter de la notion de la protection des enfants et adolescents. Sur un plan juridique, nous entendons par « enfant » tout mineur d'âge de moins de 18 ans. Les textes légaux parlent de « personne vulnérable » qu'il y a lieu de protéger quand celle-ci se retrouve en situation de menace pour son intégrité physique ou psychique ou qu'elle est victime de négligence.

À côté de l'enfant se retrouvent dans ce statut, entre autres, les femmes enceintes, les victimes de violence conjugale, les personnes présentant un handicap. S'il s'avère aisé de percevoir les risques lorsqu'il s'agit d'un jeune enfant, *a fortiori* d'un bébé, le positionnement devient bien plus délicat devant un adolescent. Pourtant, ce dernier n'en demeure pas moins souvent en état de fragilité tant par l'intensité de ses angoisses, l'amplitude de ses cycles d'humeur, que les mouvements paradoxaux de ses prises de position et décisions.

Rappelons que plus la victime est jeune, moins elle dispose de l'équipement biologique, psycho-affectif, cognitif pour faire face à l'adulte quand celui-ci, que ce soit de manière intentionnelle ou non, s'adresse à elle de façon inadéquate. Ainsi, l'enfant se retrouve par essence en situation de dépendance matérielle et affective à l'égard de l'adulte, en l'occurrence quand celui-ci est son parent ou l'éducateur de l'institution. De plus, les aspects de discernement et de consentement éclairé demandent bien du temps avant d'être assimilés. Dès lors, lorsque les conditions de vie de l'enfant sont dommageables à son épanouissement et à son développement psycho-affectif, cognitif, relationnel, la société a à assumer ses responsabilités en prenant le relais des personnes défaillantes.

En dehors des situations de danger imminent ou de risque vital pour l'enfant, par exemple, quand il s'agit d'un bébé secoué (ou menacé de l'être), le professionnel est invité à agir avec prudence et circonspection. Par là, nous entendons qu'il y a lieu d'éviter la précipitation, en veillant à rassembler le maximum d'éléments permettant de réaliser une analyse nuancée et pertinente susceptible d'éclairer la suite à donner à une situation perçue comme préoccupante. Mais il peut arriver que la crise prenne la temporalité de l'urgence quand les soins sont à dispenser très rapidement et/ou lorsque la menace pour la vie physique et /ou psychique est présente.

L'acte de protéger recouvre plusieurs acceptions. Une première compréhension évoque la mise à l'abri d'un danger ou la prise de défense de quelqu'un. La deuxième définition précise l'acte de prêter secours, de donner appui. Enfin, protéger souligne aussi le fait de s'intéresser au sort d'une personne ou au progrès d'un fait, d'une idée. La question de la protection représente certainement une « aspérité » au sein de la pratique de réseau étant donné la lecture parfois diamétralement opposée que les professionnels de différentes institutions ou de services distincts au sein de la même structure peuvent avoir. Il n'est pas impossible alors de voir apparaître un risque de dysfonctionnement, source potentielle de maltraitance institutionnelle.

La protection, le secret professionnel partagé et, en corollaire, la pratique de réseau représentent des notions à intégrer dans l'algorithme de prise en charge de toute situation de maltraitance ou de suspicion. Nous le savons, le risque zéro n'existe point. À chaque fois, il s'agit d'assumer une clinique des risques tant pour l'enfant, ses parents que pour les professionnels.

Rappelons aussi que le mineur d'âge n'a pas à porter les impacts des inadéquations de l'adulte, quand bien même il se montre souvent ambivalent à l'égard de ce dernier. Il nous faudra alors déterminer, par exemple, si le risque de retentissements dommageables est plus

important en cas de séparation et d'éloignement ou dans celui du maintien en milieu familial, quel que soit d'ailleurs l'arsenal thérapeutique mis en place.

À la lumière d'une situation concrète, soulignons la place essentielle qu'occupe la pratique de réseau dans ce champ spécifique de la clinique infanto-juvénile. Nous veillerons aussi à mettre en lien les différentes formes de maltraitance pour en saisir les enjeux en miroir.

## **Vignette clinique**

Pour illustrer notre propos, appuyons-nous sur l'expérience de l'équipe SOS-Enfants des cliniques Saint-Luc à Bruxelles. Les équipes SOS-Enfants, instituées par décret il y a plus de trente-cinq ans, ont pour mission principale la prévention et l'arrêt de la maltraitance ainsi que l'établissement du bilan complet de l'enfant (0-18 ans) et de son environnement de vie. Ces équipes spécialisées composées d'assistants sociaux, de psychologues, d'un(e) juriste et de médecins (pédiatre et pédopsychiatre) travaillent dans le champ de l'aide et des soins indépendamment des structures judiciaires, même si un certain nombre de situations sont appréhendées concomitamment par la justice et la sphère non judiciaire.

Nous sommes sollicitée un lundi matin pour Shana, âgée de 14 ans. Celle-ci est hospitalisée depuis deux jours dans un des services de pédiatrie spécialisée de l'hôpital général dans lequel intervient notre équipe SOS-Enfants. La jeune a été admise aux urgences le vendredi précédent, accompagnée par la police dans le cadre d'une expertise psychiatrique. En effet, dans l'après-midi, elle a développé un comportement agressif à l'égard de quiconque tentait de l'approcher, aussi bien les adultes que les jeunes, au sein du club de volley qu'elle fréquente depuis deux ans. Se disant victime de harcèlement, Shana avait confié à Sohan, son frère âgé de 22 ans, et sa détresse et l'absence de réaction

concrète de la part des adultes responsables. Le frère aîné s'est ainsi rendu au club sportif, à la fin de la séance d'entraînement du vendredi, pour mettre fin au harcèlement vécu par sa jeune sœur. Shana l'accompagnant dans son mouvement, Sohan interpelle vivement à la fois les jeunes et les adultes ; le ton « monte » rapidement, les insultes et les menaces sont exprimées, tant et si bien que la direction du club fait appel aux forces de l'ordre. Vu leurs comportements débordants ayant conduit à l'arrivée de plusieurs patrouilles, Sohan et Shana sont embarqués, le premier au poste de police, la seconde aux urgences pour expertise psychiatrique (en vue d'une éventuelle mise en observation). En salle d'urgence, tandis qu'elle est examinée par le psychiatre de garde, Shana laisse entendre qu'elle refusera de rentrer à son domicile, évoquant de la maltraitance intra-familiale. Comme elle ne présente pas tous les critères d'orientation vers un service de soins fermé (absence de « maladie mentale » avérée), le magistrat, sur la base du rapport remis par le clinicien de la salle d'urgence, prend la décision d'une hospitalisation dite « protectionnelle » (mesure de placement de vingt-quatre heures prise par le Parquet et confirmée, par la suite, pour une durée de trente jours par le juge de la jeunesse). C'est ainsi que Shana monte en pleine nuit en pédiatrie, n'ayant plus mangé depuis dix heures... Le personnel infirmier de garde l'invitant à patienter jusqu'au petit déjeuner, la jeune explose, se disant, ici aussi, victime et ignorée dans ses besoins élémentaires. Une nouvelle crise émerge qui amène à une contention physique et chimique de Shana. Celle-ci est ainsi attachée à son lit, recevant divers psychotropes. Le reste du week-end, le comportement de la jeune est ponctué d'agitations et de colères conduisant les pédiatres de garde à renouveler l'administration de sédatifs. Si le personnel de l'étage se sent démuni devant pareille situation, il doit aussi faire face aux questions et inquiétudes des parents des enfants hospitalisés pour des pathologies somatiques autrement invalidantes. Et nous rencontrons Shana le lundi dans la matinée...

Déjà imprégnée par les effets secondaires (sommolence, marche ébrieuse, élocution malaisée...) des neuroleptiques prescrits pendant la garde, Shana n'est demeurée pas révoltée, exigeant de pouvoir quitter sur-le-champ cette « prison blanche » que représente l'hôpital. Lui signifiant notre impuissance à ce niveau, tout en l'ayant détachée de ses liens de contention, nous l'invitons à faire connaissance. Dernière d'une fratrie de quatre, elle est la seule fille. Sa mère décédée il y a deux ans des suites d'une longue maladie, son père très éprouvé par une affection chronique invalidante a, semble-t-il, confié les responsabilités de la vie quotidienne à l'aîné, Sohan. Autant Shana se sentait investie et protégée par sa mère, autant, depuis la disparition de celle-ci, elle vit sous l'emprise de Sohan qui n'hésite pas à tyranniser également ses autres frères, le père fermant les yeux et s'isolant. L'image familiale et les portraits des protagonistes que dresse Shana, les faits relatés de dysfonctionnement et de maltraitance donnent l'impression du reflet d'une matérialité vécue. En d'autres termes, l'allégation paraît crédible, quand bien même il y a lieu de croiser ces éléments à d'autres encore à recueillir lors d'entretiens avec les membres de la famille. Shana revient alors sur les événements du week-end ; elle ne comprend pas les raisons de l'agressivité du staff infirmier à son égard. Elle dit par ailleurs son désir de rejoindre un cousin dans le sud de l'Espagne... qu'elle connaît uniquement par les réseaux sociaux. Cohérente, dans le dialogue, elle ne manifeste ni délire ni hallucination. Angoissée, elle est aussi révoltée et se sent seule, certainement depuis le décès de sa mère. Si elle accepte de nous parler d'elle, de sa détresse, de sa solitude, de ses idéations suicidaires, Shana est catégorique sur un point : elle refuse de voir son père et ses frères. La jeune parle aussi de ses centres d'intérêt et de sa volonté de « faire des études pour devenir quelqu'un d'indépendant ». Par ailleurs, dans un souci d'apaiser les tensions et de rendre le séjour de la jeune un peu plus « confortable », nous rencontrons le staff infirmier

concerné. Mais la position est aussi radicale : transférer au plus vite cette jeune « folle agressive » dans un endroit plus adapté !

Au niveau du cadre de l'hospitalisation, nous prenons contact avec le SAJ logiquement informé par le Parquet de la mesure du placement. Comme cela est établi en Belgique, sitôt qu'une mesure judiciaire protectionnelle est prise, une ouverture d'un dossier de l'aide à la jeunesse est concomitamment réalisée dans la perspective d'une planification d'une prise en charge négociée avec le jeune (au-delà de 12 ans) et de ses responsables légaux. Dans les situations de maltraitance, cette « double voie d'entrée », judiciaire et non judiciaire, suscite souvent des interrogations, quand ce n'est pas des incompréhensions. Quoi qu'il en soit, l'équipe SOS-Enfants se mobilise, multiplie les contacts afin de trouver un autre lieu d'accueil pour Shana. Nous relayons auprès de la juge titulaire du dossier de la jeune ainsi que de la déléguée du SAJ qui vient d'être désignée la tension extrême du cadre d'hospitalisation et l'impuissance ressentie par le staff infirmier pédiatrique. L'escalade agressive entre les soignants et la jeune en question est susceptible de précipiter chez cette dernière des conduites à risque, telle une fugue. Ceci étant, les instances extérieures soulignent qu'elles sont amenées à respecter les processus et protocoles dans une temporalité qui est tout autre que celle qui scande les structures hospitalières générales. Ainsi, la déléguée de l'aide à la jeunesse doit au préalable rencontrer la jeune et ses responsables légaux avant d'organiser une réunion de formalisation avec le conseiller de l'aide à la jeunesse, seul responsable habilité à officialiser une planification de prise en charge. Depuis son arrivée en pédiatrie, la jeune peut encore régulièrement exploser et insulter, voire frapper les infirmières, n'hésitant pas à menacer de se tuer, affirmant haut et fort être incomprise. En parallèle des démarches avec les partenaires du réseau, nous intensifions les rencontres avec la jeune, tout en soutenant le staff infirmier et l'équipe pédiatrique. Certaines nuits,

les tensions sont telles que Shana se retrouve attachée, recevant des neuroleptiques. À d'autres moments plus paisibles, elle évoque avec une acuité d'analyse son parcours de vie, ses difficultés, ses centres d'intérêt, sa famille. Lors d'un entretien, Shana confie être régulièrement frappée et disqualifiée par Sohan, et ce, sans que le père intervienne. Seule fille de la fratrie, elle a été très aimée par sa mère au grand dam du frère aîné. D'après Shana, sitôt la mère décédée, Sohan a pris sa revanche, probablement jaloux de l'affection maternelle envers elle. Depuis lors, celle-ci dit vivre l'enfer, non sans connaître idées noires et idéations suicidaires.

*In fine*, l'équipe SOS-Enfants parvient à trouver une place dans un hôpital psychiatrique pour jeunes filles, conditionnée par un entretien de préadmission. En parallèle, la déléguée du SAJ rencontre le père en présence de Sohan ; ceux-ci s'inscrivent en faux contre les allégations de maltraitance intrafamiliale de Shana. Tous deux demandent la réintégration de la jeune en famille, estimant que le décès de la mère a perturbé l'adolescente qui recourt volontiers aux mensonges et manipulations. Précisons que le père a décliné notre invitation de le rencontrer sans son fils aîné. Puis la déléguée de l'aide à la jeunesse rend visite à la jeune en pédiatrie. Sur un ton revendicateur, Shana exige de quitter l'hôpital, de pouvoir rejoindre son cousin en Espagne, ne voyant l'intérêt ni de l'intervention de l'aide à la jeunesse ni de celle du juge protectionnel. L'entretien tourne court et, six jours après son admission, la jeune explose à nouveau, menaçant les infirmières avec un morceau de verre après avoir complètement retourné sa chambre. Vigiles et patrouilles de police sont appelés sans que nous puissions calmer les esprits ; la jeune et les infirmières se retrouvent sur un point : ne plus cohabiter davantage... Une spirale institutionnelle s'emballe, et une nouvelle procédure expertale pour une mise en observation est alors lancée. Réalisée dans une autre structure hospitalière, celle-ci sera « négative »... tout comme l'expertise pratiquée six jours auparavant. Shana passera une nuit



au poste de police vu son comportement violent, avant de rencontrer « sa juge » qui lui signifiera son orientation immédiate en Institution publique de protection de la jeunesse (IPPJ). Là, elle mettra en échec toute tentative d'aide... pour, après trois semaines, être remise en famille. Restons-en là pour l'histoire de Shana dans le cadre de cette contribution, cette situation soulevant déjà diverses réflexions.

## Qu'entendons-nous par maltraitance institutionnelle ?

Tout comme la pandémie actuelle, la maltraitance infanto-juvénile constitue une problématique mondiale. Relevons quelques notions essentielles. Sur le plan épidémiologique, la prévalence des situations de maltraitance demeure importante, et ce, malgré les campagnes de prévention, de sensibilisation et les divers programmes de formation. À titre indicatif, près d'une femme sur quatre et près d'un homme sur six déclarent avoir été victimes de sévices sexuels avant l'âge de 18 ans. Au-delà des chiffres, la maltraitance recouvre autant d'enjeux de santé individuelle, sociofamiliale, qu'elle suscite de questions de santé publique. L'environnement intervient comme paramètre non négligeable ; la crise pandémique a dès lors constitué un facteur précipitant. Par ailleurs, il n'y a pas à proprement parler de situations « légères » ou « graves », toute transgression étant susceptible d'entraîner des répercussions dommageables à court, à moyen et à long terme.

Pour la Convention internationale des droits de l'enfant, la maltraitance recouvre toute forme de violence, d'atteinte ou de brutalité physique ou mentale, d'abandon, de négligence, de mauvais traitements ou d'exploitation, y compris la violence sexuelle. Les « *Adverse Childhood Experiences* » (ACE) concernent l'ensemble des contextes d'inadéquation qui prennent place durant l'enfance, dont les causes sont variées, comme les expériences de discontinuité (séparation, hospitalisation, incarcération...). Une attitude maltraitante peut être intentionnelle, résulter de la négligence ou découler de défaillances sociales.

Quant à la notion de « maltraitance institutionnelle », elle est souvent indirecte, mettant les professionnels en situation d'être maltraitants ; elle peut avoir un

caractère qui la rend insoupçonnable et peu détectable. Cette notion a été mise en lumière entre autres par Tomkiewicz il y a quarante ans. Celui-ci a montré combien la relativité du concept même de violence peut rendre l'appréciation d'actes délicate, mais n'en empêche pas pour autant l'analyse. Au contraire, elle conduit à réfléchir à leurs causes ou aux options qui les gouvernent. Les intentions des professionnels peuvent paradoxalement leur paraître les meilleures ou guidées dans l'intérêt de l'enfant, comme celles qui mènent aux « violences faites pour le bien de l'enfant ».

La violence institutionnelle concerne toute action commise dans ou par une institution, ou toute absence d'action, qui cause à l'enfant une souffrance physique ou psychologique inutile et/ou qui entrave son évolution ultérieure.

Corbet élargit cette définition à tout ce qui donne prééminence aux intérêts de l'institution sur ceux de l'enfant. La violence institutionnelle recouvre donc un champ large, comportant aussi bien des actions que des omissions, se définissant par ses conséquences sur le bien-être de la personne accueillie dans un établissement d'aide ou de soins. Elle vise aussi bien les violences en « creux », les discontinuités et les mini-ruptures de la vie quotidienne que les brutalités avérées.

Soulignons que Miller avait nommé de « pédagogie noire » les discours et attitudes tenant l'enfant pour coupable sitôt que ses parents ou ses éducateurs ne le comprennent pas. D'un autre côté, le parcours institutionnel de l'enfant maltraité peut devenir gravement inadéquat par l'instabilité des placements, les retours non préparés en famille, les ruptures, les rejets et abandons successifs, les conflits avec les éducateurs ou les familles d'accueil, ou encore l'injustice. C'est aussi au regard de ses conséquences, en termes de souffrances, qu'est observée la violence institutionnelle.

Deux types de maltraitance institutionnelle sont schématiquement décrits : la violence structurelle ou socio-

logique et la violence institutionnelle individuelle. La première est inhérente à toute institutionnalisation. On y retrouve des expériences de vie vécues par l'enfant, tels la séparation de sa famille, la marginalisation, l'internement, l'enfermement, l'étiquetage... Ce dernier terme caractérise, par exemple, le fait que l'enfant soit considéré comme étant malade ou mettant les autres en danger. Concrètement, si tout enfant peut être touché par la maltraitance institutionnelle, les jeunes handicapés sont plus souvent des victimes de négligence, tandis que les jeunes délinquants subissent des mesures disciplinaires malveillantes. La violence institutionnelle individuelle regroupe plusieurs formes d'expression comme la « violence ordinaire » qui correspond à l'isolement, la solitude de l'enfant qui est, par exemple, séparé de sa famille, la « violence endémique » vécue par un enfant négligé ou enfermé dans une routine, la « violence physique ou sexuelle » commise sur un enfant ou encore la « violence cachée » perpétrée par un professionnel.

Linares et Chapon-Crouzet précisent que la violence institutionnelle se produit par carence, insuffisance ou négligence, par exemple, quand les ressources disponibles ne sont pas suffisantes pour répondre aux problèmes ou apporter des perspectives de solution adéquates. Le nombre trop élevé de prises en charge, les listes d'attente, le débordement de travail et la précarité des équipements, qui affectent tant de professionnels, constituent des illustrations précipitant les maltraitements institutionnelles. Des dispositions légales, des fonctionnements d'institutions ainsi que certaines pratiques censées apporter aide, soin et protection à l'enfant peuvent devenir maltraitants, notamment lorsqu'ils ne respectent pas le rythme, les besoins et les droits de ce dernier et de sa famille. Infiniment plus difficiles à caractériser sont ces autres situations où la maltraitance institutionnelle est véhiculée par des déformations idéologiques introduites par les professionnels, lorsque le contrôle prime sur les fonctions thérapeutiques et les empêche de s'exercer

avec fluidité, efficacité et humanité. Il existe une maltraitance institutionnelle non palpable, diluée dans des décisions inappropriées, répétées, mais appliquées, faute d'autres solutions envisageables. Elle s'enracine dans l'impuissance face aux situations et dans la volonté d'agir des acteurs de terrain malgré l'absence de repères fiables. Quoi qu'il en soit, nombre d'abus institutionnels sont le résultat d'environnements de travail stressants. Face au manque de places et de moyens engagés dans les structures, il y a un risque de banalisation de solutions coercitives. Le manque de formation adéquate des professionnels peut entrer en conflit ou nuire aux objectifs institutionnels par une mise en œuvre inadéquate des traitements, aggravée par une structure organisationnelle qui ne dispose, par exemple, de médecins et de psychologues sur place que pendant de courts laps de temps. Dans ces configurations, le pouvoir sur les patients peut susciter des velléités de contrôle et de signification, ce qui fait du stress un vecteur prédictif de transgression dans les milieux institutionnels.

Plus une structure se renferme sur elle-même, d'autant lorsque son cadre juridique la rend étanche au monde extérieur, plus le risque de voir se développer une violence institutionnelle est grand. Dans la suite, toute institution dans laquelle une idéologie inflexible devient plus importante que l'intérêt des jeunes hébergés est susceptible de connaître cette forme de dysfonctionnement. La dynamique institutionnelle se rigidifie et n'admet aucune contestation ni aucune régulation extérieure non adhérente à l'idéologie. Ces dérives liées au mythe fondateur ou à l'utilisation dogmatique d'un cadre théorique peuvent devenir la source de grandes violences. D'autres cas de figure se rencontrent, telle la contradiction entre le projet d'établissement ou de service et le projet individuel du jeune accueilli. Il en est de même si la distorsion est trop grande entre les moyens attribués et les objectifs à atteindre. Le « tout institué » induit une violence institutionnelle dès lors qu'il n'offre qu'un moule unique à des

jeunes aux profils très différents. Les risques de rejet et d'exclusion sont alors élevés. Pour ceux et celles qui s'adaptent, cela peut être au prix de violences insidieuses, niant leurs besoins propres. La maltraitance institutionnelle apparaît également lorsque l'organisation collective engendre des contraintes particulières en termes d'organisation de l'espace, d'application des consignes de sécurité, d'organisation du travail du personnel alors que l'institution devrait se soucier plus particulièrement de l'évolution affective de l'enfant et de l'adolescent dans un contexte groupal.

On retrouve un contexte de maltraitance institutionnelle lorsque le juste équilibre entre le respect de l'intimité et les nécessaires connaissances et suivi dans les actes quotidiens des faits et gestes du jeune est malaisé, voire impossible, à déterminer ou est en constante négociation, ou lorsque la définition des rôles et des fonctions de chacun est négligée et laisse place à la confusion. C'est également le cas lorsque l'établissement, comme un internat spécialisé ou un lieu d'accueil résidentiel, s'inscrit dans un fonctionnement autarcique, dérivant en « huis clos institutionnel » où les pratiques ne sont évaluées que par ceux qui les mettent en œuvre et dont la règle institutionnelle remplace la loi.

Quant aux situations de placement, la mesure devrait permettre à l'enfant de vivre dans un lieu (institutionnel ou familial) stable, en lui offrant des conditions de vie meilleures afin de privilégier son bien-être et, le cas échéant, sa protection. Or il se trouve que certaines situations de placement non seulement ne favorisent pas l'épanouissement de l'enfant, mais sont des facteurs de maltraitance institutionnelle, répétant ainsi des situations de violence par des décisions qui s'avèrent inappropriées, inadaptées, voire destructrices, pour le jeune.

Prenons ainsi l'exemple, que l'on pourrait penser subsidiaire, d'une épidémie de poux se propageant depuis des mois au sein d'une institution d'hébergement. L'impact sur l'enfant et son corps n'est pas seulement

sanitaire. Il touche aux fondements de l'estime de soi (déjà mis à mal dans ces parcours de vie) et affecte ses liens sociaux à l'école notamment. Comment agir ensemble ? Comment ne pas faire porter sur l'enfant des mesures au coup par coup ? Telle la proposition bienveillante de l'éducateur qui lui propose de porter un bonnet pour éviter les railleries le temps de mettre en place une solution structurelle alors que chacun semble penser qu'elle ne relève pas de son ressort.

Soulignons que l'institution n'est pas directement l'auteur de la maltraitance, mais elle met son personnel en situation d'être ou de devenir maltraitant. Les professionnels qui travaillent dans les services d'aide, d'accueil, de placement et de protection à l'enfance... peuvent devenir inadéquats, notamment en cas de non-respect du rythme, des besoins et des droits de l'enfant et de sa famille.

Cette forme de maltraitance peut apparaître dans n'importe quelle institution, perdurant dans les lieux dans lesquels, par exemple, l'autorité ne soutient pas son personnel, où il y a un manque de supervision et d'évaluation des pratiques. Nous entendons par exemple des professionnels confier : « On reste dans le factuel, l'opérateur... si on a un conflit avec un jeune, on va répondre par une sanction... Et ce n'est pas retravaillé, ou très peu... ou occasionnellement lorsqu'on tape le poing sur la table pour dire que ce n'est plus possible. Il n'y a pas souvent de cohésion, et la réponse reçue des responsables est le plus souvent : ce n'est pas le lieu, on en reparlera plus tard... ». La maltraitance institutionnelle peut ainsi être en lien avec des pratiques professionnelles incohérentes. On observe une disparité des fonctionnements, le caractère empirique de certaines réponses professionnelles, la difficulté de capitaliser l'expérience des intervenants, compte tenu du temps réduit de présence dans ces postes, de l'absence de formation spécifique.

Par ailleurs, des responsables d'institution évoquent leurs difficultés : « C'est clair qu'il y a un turnover

important du personnel. Ce qui fait que l'investissement de chacun, l'appropriation progressive des rôles et places de chacun ne sont pas très évidents. Il y a des difficultés à capter les expériences et il y a donc tout un processus à renforcer. Il faut des référentiels sur lesquels s'appuyer pour travailler correctement et avec cohérence ».

Osons envisager l'hypothèse d'une violence institutionnelle lorsque certaines interrogations se posent comme : « Comment alerter son collègue direct de l'inadaptation voire de l'incohérence d'une décision ?... Comment les professionnels de l'aide et des soins à l'enfance vivent-ils ces situations délicates où la parole devient à la fois un acte d'opposition et de dénonciation de pratiques professionnelles, et un acte en vue d'une bientraitance pour l'enfant ?... Comment réagir et agir en tant que professionnel face à de telles situations ?... ».

Régulièrement, la maltraitance se suspecte, se présentant sur le mode du soupçon déclenché par plusieurs indicateurs. Les interrogations augmentent quand il s'agit non plus de marques, de signes visibles, mais d'intuition et d'interprétation mêlant bribes d'allégation et éléments d'observation... Les professionnels fonctionnent au « feeling », au ressenti dans ces cas de figure. Dans le cadre d'une prise en charge d'un enfant, on se retrouve parfois face à des décisions et des attitudes institutionnelles pouvant occasionner, par leur inadéquation, de la maltraitance psychologique. Nombre de questions confrontent les professionnels de l'enfance face à ces situations de maltraitance institutionnelle : « Est-on réellement certain de la maltraitance évoquée ? Lorsque le doute est présent, quand les signaux ne sont pas clairs, comment agir ? Faut-il intervenir ou laisser la situation en état et voir comment elle évolue ?... ».

Pensons aussi aux enfants et adolescents étiquetés « incasables »... Il y a une réelle violence, et les professionnels se sentent démunis dans de tels cas de figure.

Certains ne voient pas l'utilité d'une intervention, tandis que d'autres attendent de nouveaux éléments pour intervenir, des « preuves » venant confirmer leur vécu, des signes que leur perception correspond à la réalité. D'autres encore sont intimement convaincus que les décisions et choix opérés ne correspondent pas à l'intérêt de l'enfant en question.

Quoi qu'il en soit, il peut exister une maltraitance institutionnelle diluée dans des décisions inappropriées, répétées, mais appliquées, faute d'autres solutions envisageables. Elle s'enracine dans l'impuissance face aux situations et dans la volonté d'agir des acteurs de terrain malgré l'absence de moyens ou de repères fiables. Il arrive que des comportements éducatifs et de soin, actifs et extériorisés ou passifs et intériorisés (négligence, indifférence...), nuisent à la santé, au bien-être et au développement de l'enfant. La prise de parole des professionnels, aussi délicate soit-elle face à des situations et des décisions prises par des pairs, jugées maltraitantes pour l'enfant, n'est pas seulement le moyen d'exprimer ses objections et son vécu ; c'est aussi un acte à poser en vue d'une bientraitance pour l'enfant.

## La portée traumatique des maltraitances

Quelle que soit sa forme, la maltraitance entraîne des souffrances pour les jeunes et leurs familles et peut avoir des retentissements à court comme à long terme. De manière schématique, plusieurs types de psycho-traumatisme sont décrits. Le type 1, appelé « traumatisme simple », se rapporte à un épisode unique, limité dans le temps, induit par un agent stressant aigu. Il est constitué par la rencontre du jeune avec un événement ponctuel. C'est l'exemple de l'accident, d'une catastrophe naturelle ou d'une agression (morsure d'un animal, chute de vélo...).

Le traumatisme de type 2 correspond à une situation qui se répète ou qui menace de se reproduire. Il apparaît donc sitôt qu'on retrouve la notion de répétition. Il s'agit de contextes stressants chroniques, voire abusifs, comme les faits de guerre, les violences intra-familiales, les traumatismes affectant les professionnels des soins d'urgence. La crise pandémique peut vraisemblablement être qualifiée de cette manière. Et il est vrai que l'augmentation des demandes d'interventions et de prises en charge, la saturation des dispositifs, les manques de moyens, le nombre de professionnels en état de burn out toutes structures confondues..., l'ensemble de ces facteurs s'additionnant, amènent à ce que nous pourrions qualifier de « traumatisme institutionnel » de type 2.

Les cadres institutionnels, assurant par essence les fonctions de contenance et de « tiercéité », ont été mis en défaut. Cet état de fait contribue à la menace d'émergence de « doubles maltraitances ».

Soulignons aussi que, si, initialement, un traumatisme ressort du type 1, des mécanismes d'adaptation de plus en plus pathologiques vont apparaître avec le

maintien du contexte dysfonctionnel. Est également décrit un troisième type qui reprend les conséquences d'événements multiples, envahissants et violents débutant à un âge précoce et présents durant une longue période. Comme le souligne Josse, l'inceste et les diverses maltraitements infligés aux enfants en sont des illustrations plus qu'évidentes. On parle également de « traumatisme complexe » résultant d'une victimisation chronique, d'un assujettissement d'un sujet, tel un jeune enfant, sous l'emprise d'un agresseur.

Les retentissements ou développements hétérotopiques post-traumatiques varient selon les âges. Rappelons-en quelques éléments essentiels. Le bébé vit et existe bien avant sa naissance ; pendant la vie intra-utérine, il est déjà traversé de diverses émotions. Agie dès la vie *in utero*, la maltraitance provoque un stress auquel on associe une perturbation du développement précoce du cerveau. Plus la mère vit d'événements stressants pendant la grossesse, plus le liquide amniotique est chargé d'hormones de stress toxiques pour le développement du jeune cerveau. La neuro-imagerie indique à la naissance des atrophies des zones frontales ainsi que du système limbique. Dans ces conditions, le bébé arrive au monde avec une altération cérébrale provoquée par le malheur et le stress que vit son parent. Ici, l'attitude thérapeutique visera à sécuriser la mère afin que la femme sécurisée devienne sécurisante pour le bébé. Relevons qu'outre le système nerveux, la maltraitance affecte entre autres l'immunité du jeune sujet.

Ainsi, plus il intervient tôt dans la vie du sujet, plus le traumatisme porte à conséquence. Il organise le fonctionnement général du psychisme, d'autant que le sujet ne dispose pas encore du langage pour exprimer en mots ce qu'il ressent ou que la possibilité d'expression ne lui est pas offerte. Il arrive que des confusions entre imaginaire et réalité alimentent le surgissement d'images effrayantes, de pensées quasi hallucinatoires, troublant les repères spatio-temporels. L'enfant peut

aussi être sidéré au point où son développement est entravé. Face à l'enfant qui n'a pas encore accès à la parole, l'adulte ne considère pas toujours la portée de ses gestes. Un bébé qui est exposé à la violence conjugale, sans être directement frappé (en étant, par exemple, dans les bras de sa mère), ne peut qu'intérioriser la violence parentale. Le fait d'assister à une scène de violence, en particulier si la figure d'attachement principale est frappée (la mère le plus souvent), représente l'événement le plus stressant qui soit. Le nombre de cas de violence conjugale n'a certainement pas régressé pendant la crise sanitaire et la période de confinement. Par extension, un climat menaçant à l'égard de la figure d'attachement, tant au niveau physique qu'au niveau psychique, constitue un facteur de stress majeur pour un jeune enfant.

Pour connaître une portée traumatique, l'événement doit représenter une menace, réelle, hypothétique ou imaginée, pour l'intégrité de la personne, dépasser ses potentialités réactionnelles, adaptatives, et survenir de manière imprévue. Le traumatisme s'accompagne de sentiments d'effroi, de terreur, d'impuissance, de solitude, d'abandon... L'individu expérimente un vécu où la mort, la sienne ou celle d'un tiers, fait partie du domaine du possible. Si on se réfère à une lecture psychodynamique du traumatisme, on peut considérer que la personne victime perd potentiellement, temporairement ou durablement, la capacité à rattacher l'événement en question à une « chaîne de significations ». Lors du traumatisme, le « réel de la mort », en d'autres termes une image de sa propre mort jusque-là inimaginable, fait effraction dans le psychisme. L'intensité de l'expérience de victimisation corollaire au vécu d'effraction est aussi liée à l'âge. Plus le sujet est jeune, moins il dispose de mécanismes de sauvegarde psychique pour faire face à l'événement traumatique.

Sur le plan cérébral, en l'absence d'événement traumatique, l'engrènement entre le cortex préfrontal et les différentes zones du cerveau émotionnel (sys-

tème limbique, amygdale) est fluide, efficace. Si un traumatisme survient, le cerveau sous-cortical est intensément activé et une forme d'anesthésie (ou de barrière) empêche les zones frontales et préfrontales de réguler les émotions. Dans les cas de « traumatisme complexe », par exemple, lorsque l'agresseur vit avec l'enfant victime, celui-ci est envahi par des émotions diverses sans régulation possible. Le cerveau émotionnel est constamment sollicité, le trauma « anesthésiant » les zones préfrontales régulatrices. L'enfant déborde d'émotions, pouvant se révolter ou adopter des troubles comportementaux. Shana illustre pleinement le tableau de « double maltraitance » ; l'agresseur familial est « doublé » par un agresseur professionnel (ou une équipe) lui-même maltraité sur le plan institutionnel. Il est alors essentiel de ne pas s'arrêter à une observation synchronique de ce que donne à voir la victime. Nous préconisons en général de respecter un temps d'analyse diachronique et synchronique des processus qui ont conduit aux interactions maltraitantes. Par diachronique, il y a lieu d'entendre l'appréhension d'un événement dans son évolution à travers le temps (« le parcours de vie »), tandis qu'une approche synchronique met l'accent sur les éléments contemporains (le « hic et nunc »).

Divers éléments de gravité interviennent, qu'ils soient intrinsèques au sujet, qu'ils appartiennent au contexte sociofamilial ou qu'ils concernent la nature des faits eux-mêmes. Il y a lieu de prendre en considération le patrimoine génétique qui participe autant à la vulnérabilité psychique qu'à une prédisposition à la résilience. Le terme de résilience fait référence à la potentialité de l'humain à pouvoir rebondir sur des événements traumatiques, c'est-à-dire à les élaborer, à les intérioriser, sans nier ou banaliser leurs retentissements sur sa propre existence, sur son identité et dans ses liens, et à pouvoir continuer à construire des projets de vie. Quoi qu'il en soit, le cerveau apparaît comme une structure malléable dont le développement postnatal se réalise entre autres sous l'effet de stimuli extérieurs.

Les travaux sur l'épigénétique ont confirmé la plasticité cérébrale en montrant que les connexions synaptiques et l'expression de certains gènes se modifient en fonction des expériences vécues, des facteurs environnementaux, des apprentissages réalisés. Dès lors, les arguments cliniques et biologiques concourent à une conception développementale des conséquences des traumas précoces et prolongés. Par ailleurs, la clinique montre combien les effets du traumatisme peuvent différer dans le temps, voire « sauter » les générations, et apparaître ainsi deux, trois générations plus tard.

Les enfants et adolescents maltraités, devenus adultes, sont davantage exposés à divers désordres physiques et psychiques, comme une propension à développer des pathologies cardio-vasculaires ou des syndromes métaboliques, à connaître des troubles anxio-dépressifs, à adopter des comportements sexuels à risque, à abuser d'alcool et/ou de substances toxiques, à utiliser la violence ou à la subir... Shana, dans la vignette clinique, illustre ces retentissements. Le traumatisme n'atteint pas seulement la personne dans son fonctionnement interne ; il y a habituellement une atteinte du lien d'attachement, désorganisant les stratégies relationnelles entre le jeune et l'adulte. La violence institutionnelle peut tout autant générer ces retombées. Métaphoriquement, on considère que la maltraitance perturbe la boussole interne de la régulation émotionnelle et relationnelle de l'enfant.

Différentes notions sont rattachées à la maltraitance comme celles de destructivité et de traumatisations « primaire » et « secondaire ». Ce deuxième adjectif nous paraît peu approprié, car il ne définit que la chronologie. On devrait utiliser celui de traumatisation « seconde », étant donné qu'elle survient après la cessation des faits transgressifs dans l'ordre du temps, sans être nécessairement d'importance secondaire. En soi, elle correspond à une charge de souffrance morale, de perturbations intrapsychiques et relationnelles que l'enfant subit, étant donné les multiples retentisse-

## Comment définir une crise ?

ments sociofamiliaux apparaissant après l'arrêt de la maltraitance. Elle peut prendre des proportions plus puissantes et plus durables que la déstabilisation provoquée par l'agression elle-même. Les sources en sont variées et constituent le terreau d'une possible maltraitance institutionnelle. Ainsi, certaines réactions familiales abattent encore un peu plus l'enfant ; on ne le croit pas ; on lui en veut d'avoir révélé les faits ; on le culpabilise ; on ne le soutient pas, voire on le rejette ou on le « psychiatrise ». Émanant des professionnels et des institutions responsables de ce qui est censé être la prise en charge, nombre de dysfonctions et d'actions traumatisantes peuvent également apparaître.

Ainsi, sans que cela soit spécifique, on découvre des facteurs comme l'incompétence occasionnelle, la bureaucratie, l'incoordination, les rivalités entre intervenants. Par exemple, pendant une phase d'analyse de l'allégation, on constate trop de morcellements des lieux d'évaluation, une non-adaptation des rythmes institutionnels au temps vécu par l'enfant-victime (p. ex., les délais d'audition), parfois même une suspicion induite, voire une non-reconnaissance de sa parole. À cet égard, la qualité de l'accueil de la parole de l'enfant en cas de dévoilement est déterminante à titre d'expérience relationnelle porteuse pour lui.

On perd aussi parfois de vue que les objectifs entre professionnels peuvent être radicalement différents. Là où travailleurs sociaux, psychologues, médecins visent l'aide au jeune et à sa famille, et éventuellement les soins à l'auteur, la justice pénale, elle, vise la sanction de l'infraction avérée et la protection de la société contre la récidive. Ceci étant, il n'est guère possible, ni même souhaitable, de vouloir harmoniser ces finalités. Quoique complémentaires, l'intervention d'aide et de soins et celle de la justice pénale doivent rester scindées.

Étymologiquement, la notion de « crise » renvoie, d'une part, au latin « *crisis* », signifiant un assaut (p. ex., de la nature) ou une manifestation grave (p. ex., d'une maladie) et, d'autre part, au grec « *Κρίσις* », traduisant une décision, un jugement. La racine indo-européenne « *krei* » signifie séparer, juger, distinguer ou encore passer au tamis, au crible. Se déclinent alors différents termes comme « critique », « certitude », « discernement », « discrimination »...

Une crise peut concerner de multiples domaines, qu'ils soient social, politique, économique, médical... La pandémie apparue en 2020 peut être qualifiée de crise humanitaire, étant donné la situation dans laquelle la vie d'un grand nombre d'individus a été menacée ainsi que la mise en œuvre de moyens extraordinaires nécessaire pour prévenir une catastrophe et/ou en limiter les retentissements. Cette crise a bouleversé autant les adultes que les jeunes, quand elle ne les a pas endeuillés. Déstabilisatrice par essence, elle a atteint les équilibres fragiles, amplifié les précarités, modifié les *patterns* transactionnels au sein de tout système humain. Comme tout phénomène nouveau, cette crise a généré des perturbations internes, aux issues préjudiciables, mais aussi parfois constructives.

En termes simples, une crise est une rupture d'équilibre. Elle correspond à un moment temporaire d'instabilité et de substitution rapide remettant en question l'équilibre normal ou pathologique d'un sujet, d'un système. L'aspect « temporaire » est certes variable ; mais, avec le temps, nous nous éloignons du « passager », du « provisoire », ce qui explique probablement combien la crise actuelle « se chronicisant » marque profondément la société. Elle s'immisce dans les différentes strates des fonctionnements familiaux et institutionnels. Ceci étant, notons que, depuis la dernière guerre mondiale,



une dizaine d'épidémies a été recensée par les anthropologues de la santé et épidémiologistes. On peut légitimement interroger les tenants et aboutissants de la gestion de la crise actuelle, les méthodologies retenues, l'ampleur des mesures d'ordre sanitaire appliquées et leurs retentissements...

Quoi qu'il en soit, la crise joue également le rôle d'un filtre qui sélectionne, mais qui est aussi la conséquence de décisions prises antérieurement. Toute crise représente donc un moment crucial, grave et parfois décisif dans la vie d'un groupe (ou d'une institution), reflétant entre autres l'inadéquation entre son organisation et la réalité. Une crise est un événement social et/ou personnel qui se caractérise par un paroxysme de souffrances, de contradictions ou d'incertitudes, pouvant produire entre autres des explosions de violence. Notons qu'une crise possède plusieurs caractéristiques. Sans être exhaustifs, citons d'abord le fait qu'elle survient de manière rapide, et ce, davantage à notre époque propulsée dans l'instantanéité, avec un pic de crise atteint soudainement. Une crise est aussi habituellement incertaine ; en effet, nul n'est en mesure d'en déterminer les issues, quelles qu'elles soient. Ensuite, une crise présente toujours une certaine visibilité ; elle doit être perçue par d'autres personnes que celles qui y sont directement confrontées. Puis l'aspect inattendu la marque régulièrement ; qui pourrait en effet déterminer quand elle surviendra et quand elle finira ? Par ailleurs, une crise est par essence marquante ; elle laisse des empreintes sur le fonctionnement du système qui la traverse.

La notion de crise institutionnelle est aussi à mettre en perspective avec le fantasme de créer une institution renouvelée, débarrassée des imperfections héritées des générations précédentes, ce qui influence la dynamique des liens internes. Rappelons que s'inscrire dans une institution, quelle qu'elle soit, c'est adhérer à son idéologie, parfois non formulée, mais qui a le statut de vérité partagée. Celle-ci, principal moteur de l'activité

professionnelle, peut dans certaines circonstances se révéler écrasante et clivante ; il apparaît alors une rupture du lien social avec ses membres, un phénomène de « déliaison pathologique ». L'intersubjectivité n'est plus vraiment respectée et les agressions sur les liens dans l'institution (et/ou entre institutions) peuvent conduire à une identification à la logique de l'agresseur, au retrait dans un mode de fonctionnement opératoire, dans un formalisme conventionnel, ou encore à l'évitement, la fuite ou la démission. Un sens commun à l'institution est perdu, menant les professionnels au désinvestissement.

L'institution en crise discrédite toute possibilité d'échanges, disqualifie les sujets et le groupe, coupe les liens entre ses membres. Une telle situation réactive les angoisses infantiles et engendre de la méfiance. Chacun se replie sur lui-même, la perte de l'étayage du groupe renvoyant le sujet à la singularité de ses appartenances identitaires. Les professionnels peuvent alors se trouver confrontés au retour imprévisible, soudain, des éléments infantiles agressifs déposés jusque-là dans le cadre institutionnel. Par un processus d'exclusion, l'agressivité se retourne sur des « boucs émissaires », et plus particulièrement sur les enfants et adolescents vécus comme « différents ». En complément, certains professionnels sont victimes d'un phénomène de disqualification, les obligeant à renoncer à leurs compétences avec des sentiments d'injustice et d'abandon qui déstabilisent la cohésion du groupe. Ces quelques éléments participent à l'émergence d'une maltraitance dite institutionnelle.

## Écueils et défis

On ne peut cerner toutes les questions qui émanent du vaste champ des maltraitances. La complexité est telle qu'il est essentiel de veiller, lors de chaque nouvelle rencontre, à adapter son canevas de travail et ses images mentales à la singularité des personnes, qu'elles soient enfants ou parents. Sans être exhaustive, parcourons quelques écueils et défis que représentent ces situations de maltraitance pour tout professionnel.

Par processus d'identification à l'enfant victime, l'intervenant peut connaître « l'élan salvateur » à l'égard des plus fragiles de la société. Cette même société s'est réveillée il y a quelques décennies à peine, en posant un regard neuf sur l'enfant, sujet de droit, après l'avoir exploité ou relégué au rang inférieur durant des siècles. Le réveil, par effet de balancier pour certains, par culpabilité ou par honte pour d'autres, s'est accompagné d'attitudes arbitraires. Ainsi, si l'enfant confie être maltraité, il y a lieu de le croire sans nuance, sans le doute qui, pourtant, ouvre sur la dialectique et le dialogue. Rappelons que la certitude d'un « je te crois » à l'emporte-pièce est dommageable par la suppression de cet entre-deux qu'introduit le langage. L'attitude fusionnelle adoptée par le professionnel qui « enferme » l'enfant dans son allégation comporte en elle-même une autre menace, tout aussi potentiellement maltraitante.

L'identification à l'enfant peut faire écho à des angoisses et/ou conflits infantiles dans le chef du professionnel. Ainsi, dans ce cas, resurgissent des éléments du passé, des représentations qu'il importe de reconnaître et, éventuellement, de transmettre sous forme médiatisée par le cadre du travail. Par exemple, un intervenant touché affectivement par le récit et la souffrance d'une jeune victime pourrait s'adresser à celle-ci et à l'éventuel coïntervenant en évoquant le fait que l'enfant enfoui

en lui-même vibre en découvrant son histoire. Loin de livrer le contenu de son enfance, ce professionnel peut se positionner clairement du côté de l'enfant concerné... Et l'éventuel coïntervenant est alors attendu à se situer différemment, afin de poursuivre avec pertinence l'accompagnement thérapeutique.

Une attitude peut menacer le professionnel, celle de la précipitation, de la fuite en avant et, parfois, du passage à l'acte. Dans ce cas de figure, sous le couvert d'une conscience professionnelle aiguisée, l'intervenant fonce, précédant le rythme de l'enfant, au risque parfois de le malmener. Convaincu de travailler « pour son bien », il sollicite pour l'enfant les systèmes de protection, n'hésitant guère à bousculer, parvenant même à convaincre autorités et instances. Quand bien même il s'est confié, l'enfant n'est pas toujours prêt à entrer davantage dans la réalité d'un monde complexe, découpé en systèmes, unités, services... Il ne s'attend pas, lorsqu'il dévoile, à rencontrer nombre de professionnels qui l'informent des diverses conséquences de sa prise de parole. Et parfois (plus fréquemment quand on agit dans la précipitation, voire qu'on passe à l'acte), il se rétracte ou garde le silence à jamais.

La seconde identification possible se porte sur les adultes et les parents des enfants maltraités... ou suspectés de l'être. La nuance est ici un élément clé de l'élaboration. En effet, le mécanisme à l'œuvre tente de préserver l'adulte, de le protéger de « l'agression » provenant de l'enfant. L'état d'esprit à l'œuvre renvoie à l'image menaçante de la jeunesse prête à tout dire, à tout inventer pour « faire tomber » l'adulte. Les conceptions actuelles de l'autorité conçues sur un mode horizontal, dans une perspective égalitaire, renforcent les craintes au sein des adultes. Ils ne sont pas rares ceux et celles qui redoutent les jeunes, interprétant leur discours comme autant de velléités agressives à leur encontre. Alors, fragilisé dans sa place, tel professionnel retient l'hypothèse du mensonge, de la fabulation lorsque l'enfant porte atteinte à l'intégrité d'un adulte.

Ainsi, lorsque l'enfant parle de maltraitance de la part d'un « grand », il ne peut que mentir... ou, à l'extrême, qu'être manipulé, suggestionné par un adulte « dissident ». Ce cas de figure se rencontre entre autres quand deux parents s'opposent après une séparation ; l'enfant est instrumentalisé et son intérêt passe bien à l'arrière-plan, derrière les objectifs des adultes se livrant une guerre sans merci. Le professionnel, emporté par cette identification, aura tendance à éviter toute action dans le réel social, à relativiser, voire banaliser, s'appuyant sur les considérations freudiennes à propos de la puissance de l'imaginaire en proie aux enjeux psycho-affectifs. Il proposera donc l'écoute, sans (trop) se préoccuper du sort de l'allégation, la comprenant comme symptôme certes d'un malaise, mais essentiellement psychogène.

Un autre écueil possible réside dans la complexité des situations de maltraitance elles-mêmes et dans ce qu'elles renvoient au professionnel. Une métaphore simple consiste à nous imaginer dans une jungle dense où les dangers guettent l'explorateur à chaque pas. Nombre de professionnels redoutent la confrontation à ces situations vécues comme difficiles et peu gratifiantes. Nous sommes loin des cas de psychothérapie, au cadre défini et à la demande d'aide formulée par le patient ou la famille. Depuis plusieurs années, auteurs et cliniciens sont convaincus de l'utilité d'une approche thérapeutique des systèmes familiaux qui dysfonctionnent, générant de la maltraitance aux enfants. Ils invitent à être attentifs à certains écueils comme les modes de communication pathogène au sein des familles. Si le professionnel ne se donne pas l'occasion de comprendre l'enchaînement des séquences, il risque de ne pas considérer l'ensemble des enjeux relationnels et des implications affectives. Une vision d'ensemble, qui s'appuie entre autres sur l'approche systémique, permet une compréhension « grand angle » des phénomènes, proposant une dimension transgénérationnelle des processus maltraitants, recherchant la part d'enfant blessé enfouie dans l'adulte inadéquat.

Si plusieurs services sont concernés par une situation, les risques de mauvaise compréhension, de tension et de rivalité existent. En effet, les dysfonctionnements familiaux, basés sur les coalitions, les disqualifications, se transposent aux instances et institutions, si celles-ci ne se sont pas concertées suffisamment sur les rôles et objectifs respectifs. Soyons tous conscients que, vu la multiplication et la dispersion des structures d'aide, les niveaux de pouvoir concernés, la multiplicité des personnes, se préoccupant de l'enfant en danger et des familles en difficulté, on ne peut éviter des zones de chevauchement de compétences. La menace de la dilution de responsabilité, les « fuites » d'informations... réduisent l'efficacité de l'aide, d'autant que certaines familles « ont l'art » de déplacer leurs modalités de fonctionnement, de les « exporter » et de les transposer sur les professionnels. De plus, il est aisé de « s'engouffrer » dans les failles du vaste système d'aide et de soins, de « semer la zizanie » et d'annuler toute tentative de prise en charge. La responsabilité est rejetée sur l'autre, ici, en l'occurrence, la société et ses structures. Les « ingrédients » d'une maltraitance institutionnelle sont alors réunis.

# L'espace-intermédiaire et l'enveloppe partenariale

L'enfant est par essence pris dans un système de liens, plus ou moins denses, construits habituellement avant sa conception, d'abord dans une dimension fantasmatique. Ce n'est pas toujours le cas ; il peut arriver dans les suites d'un événement transgressif, traumatique. Quoi qu'il en soit, l'enfant apparaît nécessairement dans un réseau, c'est-à-dire un contexte relationnel déterminé.

Parmi les repères théorico-cliniques étayant les prises en charge des systèmes maltraitants, centrons-nous sur la pratique de réseau et, en corollaire, sur les notions d'espace-intermédiaire et d'enveloppe partenariale. Elles constituent le socle d'un travail qui limite les risques de maltraitance institutionnelle. Ces modalités d'intervention thérapeutique ont subitement été mises en défaut pendant la première partie de l'année 2020. Pour notre part, elles devraient être préservées, éventuellement aménagées, quelles que soient les mesures sanitaires en vigueur.

Abordons alors ces quelques repères invitant le lecteur à les mettre en perspective par rapport à la thématique de cette contribution.

Plus le professionnel sera soucieux de prendre soin de la pratique de réseau dans ses différents volets, plus la menace de toute forme de maltraitance institutionnelle devrait s'éloigner. Dès lors, lorsqu'une maltraitance institutionnelle est observée, le professionnel, quelle que soit sa discipline, est convié à (re)travailler les bases de ce qui constitue une pratique de réseau opérante.

Toute rencontre, quel que soit le format, a valeur d'espace-intermédiaire dans lequel sont travaillés les savoirs ainsi que les représentations et les émotions. La

finalité thérapeutique tente de rencontrer les individus concernés dans leurs souffrances, qu'ils soient victimes, auteurs des faits, témoins directs ou indirects. Il s'agit d'une coconstruction, à travers l'écoute mutuelle, dans l'objectif d'aider à reconnaître, à comprendre, à analyser, à élaborer, afin de soutenir le processus de résilience et de modifier les comportements inadéquats. Loin d'être là pour dispenser un savoir, le professionnel revisite les représentations véhiculées ainsi que son rôle propre en tant qu'intervenant intégré dans une équipe. Par l'écoute, il laisse place aux connaissances du patient, celui-ci étant reconnu comme acteur, voire expert, de son dysfonctionnement, différent du professionnel qui ne le connaît que de l'extérieur.

Par ailleurs, la coconstruction se réalise par un travail d'équipe, étant donné que seule une collaboration entre les différents acteurs de l'aide et des soins et gravitant autour du patient et de son environnement sociofamilial garantit une cohérence des attitudes thérapeutiques, évitant de mettre le patient en dissonance face à des interventions qui seraient contradictoires. C'est dans cet espace-intermédiaire que les professionnels et/ou les équipes créent une « enveloppe partenariale ».

Cette dernière notion s'inspire entre autres des travaux d'Anzieu qui a observé qu'un groupe constitue une enveloppe qui fait tenir ensemble des individus. Tant que cette enveloppe n'est pas construite, il peut se trouver un agrégat humain, mais il n'y a pas de groupe. Nous relevons aussi la notion d'enveloppe du groupe en relation avec celle de « fonction contenante », permettant de penser le tissage de l'attention nécessaire pour contenir les symptômes de l'enfant et les éventuels mouvements psycho-affectifs de l'adulte, qu'ils soient dépressifs, agressifs... Accueillir l'autre, c'est mettre en place un système d'enveloppe qui autorise l'expression des émotions quelles qu'elles soient. Pour l'individu comme pour le groupe, il est nécessaire de se constituer une enveloppe qui le contienne, qui le déli-

mite, qui le protège, tout en permettant des échanges avec l'extérieur. Anzieu a développé à ce propos le concept de « moi-peau ». Chez l'enfant, les développements psycho-affectif et cognitif sont intimement liés aux expériences sensorimotrices qui s'éprouvent avant tout par la peau. Ce que ressent physiquement le jeune individu au cours des premières expériences est réintroduit et participe à la construction de son appareil psychique. Ainsi, à l'image de cet appareil interne complexe, la peau réalise une frontière avec l'autre, sa perméabilité filtrant les tensions et émotions. Aussi, le groupe est conçu comme une enveloppe vivante ayant une membrane à double face. L'une est tournée vers la réalité extérieure, physique et sociale, notamment vers d'autres individus ou groupes. Par cette face, l'enveloppe groupale maçonne une barrière protectrice contre l'extérieur. Si nécessaire, elle fonctionne également comme filtre des informations à recevoir. L'autre face est tournée vers la réalité intérieure des membres du groupe. Elle se constitue à partir de la projection que les professionnels font sur elle de leurs vécus et fantasmes. Par cette face interne, l'enveloppe groupale permet l'établissement d'un état psychique « trans-individuel » qu'Anzieu a nommé le « soi du groupe ». Rapporté à la situation d'une équipe médico-psychosociale et éducative, on pourrait parler du « soi de l'équipe », considérant que les différents membres partagent une réalité psychique de groupe et développent un sentiment d'appartenance au système. Ce « soi de l'équipe » est un contenant protecteur autorisant une circulation des perceptions et émotions entre les personnes. La notion « d'enveloppe partenariale » s'étaye également sur les travaux de Parret et d'Igouane qui soulignent certaines fonctions recherchées, comme construire un contenant, avoir une fonction de protection des mouvements pulsionnels (« pare-excitation »), établir une limite entre intérieur et extérieur dans l'objectif d'une cohérence de la réalité. La tâche des professionnels est de créer une enveloppe psychique d'équipe qui puisse assurer ces différentes fonctions

dans l'objectif du travail d'évaluation et de traitement des multiples retentissements de la maltraitance.

Métaphoriquement, l'enveloppe partenariale constitue une seconde peau susceptible d'aider adultes et mineurs d'âge, dont l'image de soi et l'estime personnelle sont atteintes par les dysfonctionnements individuels et/ou systémiques. Cette enveloppe, comme la peau, gagne à être souple, perméable et continue. Elle admet la mobilité, la flexibilité des professionnels qui la composent. L'improvisation est admise et les essais-erreurs enrichissent personnellement et collectivement tout un chacun, en veillant à maintenir une position de « non tout savoir » sur l'autre. Grâce à l'enveloppe protectrice apportée par les professionnels, les parents et enfants donnent leur accord pour dialoguer, bénéficiant de l'effet miroir que leur assurent les membres de l'équipe. L'idée consiste à faire émerger une conscientisation des comportements et des manières d'être inadéquats par les feed-back que l'accompagnement vise à concevoir. Cette posture générale est fondée sur la création d'une enveloppe qui comprend tous les partenaires impliqués et concernés par une situation précise, en tenant compte des logiques et règles spécifiques à chacun. Ce travail collectif aide à dépasser les jugements, les stéréotypes portés à l'encontre des patients, des collègues, des services et institutions partenaires.

Ce processus constant et fédérateur dans l'accompagnement des familles tente d'éviter la disqualification des multiples interventions. Il soutient l'élaboration de liens de solidarité entre professionnels, leur permettant de conduire des activités coordonnées par l'acceptation de la complémentarité des disciplines constitutives. C'est dans la prise en compte de la différence entre intervenants que l'on peut accueillir celle des familles concernées et les accompagner à comprendre, à agir sur elles-mêmes et sur leur environnement.

L'enveloppe partenariale a comme objectif de réaliser un soin institutionnel pour l'ensemble des professionnels concernés par une famille. En organisant les

points de contact utiles, les réunions de concertation avec et sans les membres de la famille, l'enveloppe se construit, à chaque fois singulière et unique. Nous pourrions, de façon analogique, recourir à la « sculpturation », média développé par Caillé, en proposant aux partenaires de l'enveloppe de se situer les uns par rapport aux autres. Cet « objet flottant » permettrait d'atteindre un niveau symbolique en évoquant les représentations des uns et des autres liées à la place de chacun dans le réseau concerné, en abordant les divergences et convergences. Ce travail, certes énergivore et chronophage, porte habituellement ses fruits, par l'effet de restructuration autour d'une famille fragilisée. La clé, nous semble-t-il, pour la réussite de la mise en place d'une enveloppe partenariale est la libre et respectueuse expression de tous les professionnels impliqués dans une pratique de réseau.

## Une pratique de réseau

En sciences humaines, la notion de réseau est liée à celle de système, intégrant les dimensions de liens. Dans cette perspective, tout individu doit être considéré non seulement dans ses aspects intrapsychiques, mais également en tant qu'élément d'un ensemble, plus ou moins fourni et étendu, plus ou moins organisé et structuré. Plusieurs catégories de réseaux sont définies selon la qualité, la fonction, le mandat des professionnels et/ou des structures qui les composent. Le cercle des personnes affectivement investies par un individu et/ou une famille constitue le réseau primaire. L'absence d'intervenant extérieur, quel qu'il soit, caractérise cette catégorie. Lorsqu'une activité professionnelle plus ou moins déterminée (p. ex., aide à domicile, soin à partir d'une institution...) est présente, on parle alors de réseau secondaire. Les réseaux peuvent se montrer très (voire trop) serrés ou lâches, plus ou moins ouverts ou fermés. Elkaim a développé des applications de la pratique de réseau, selon les cultures en présence et le type de travail à mener (les situations de crise, la présence de psychopathologie dans le chef des adultes...). Sont alors instaurées des interventions souples, adaptatives et adaptées aux ressources identifiées dans l'environnement d'un sujet ou d'un système en souffrance. Les familles en difficultés socio-économiques voient autour d'elles la multiplication des interventions d'assistance et de protection avec le risque inhérent de la disqualification des membres de la famille à leurs propres yeux comme à ceux des professionnels. Les mesures d'expertise, d'évaluation, de soins substitutifs spécialisés, de placement... qui se succèdent dans le temps contribuent à ce phénomène. Plus un réseau est vaste et dense, plus le risque de voir apparaître de la maltraitance institutionnelle est grand, par les dysfonctionnements inhérents à la configuration.

La pratique de réseau consiste à intervenir au-delà de la seule famille d'appartenance de l'individu en souffrance ou désigné comme tel. Prioritairement, elle vise à mobiliser les diverses organisations humaines auxquelles la cellule familiale est connectée de façon significative et symbolique. Celles-ci jouent un rôle dans la tendance de la famille à maintenir l'homéostasie naturelle. Les éléments organisationnels externes à la famille qui participent au mouvement homéostatique sont constitués de manière variable par les éventuels amis, connaissances, voisins, collègues, ainsi que les services sociaux, médicaux ou encore les institutions scolaires. La liste est loin d'être exhaustive, étant donné la pluralité des liens professionnels et non professionnels tissés autour d'une famille. Mais ce n'est pas toujours le cas et l'isolement est parfois extrême. Certainement dans les grandes agglomérations, on constate une paupérisation des liens familiaux et sociaux, état renforcé dans les situations de migration ou d'errance. Quoi qu'il en soit, le réseau est loin d'être statique. Il évolue dans sa constitution et dans l'application qui en découle dans le quotidien d'un individu et de son entourage direct. La stabilité d'un réseau s'avère dès lors une notion théorique étant donné la variation constante des différents types de liens qui se créent, se nouent, se resserrent, se distendent ou se rompent... La dynamique de sédentarité ou de nomadisme adoptée, voire contrainte, influence la nature du réseau autour du groupe familial. Certes, certains réseaux se révèlent solides, efficaces dans l'aide et la qualité des échanges. Le paramètre de la taille est loin d'être absolu pour définir l'efficacité ; certains réseaux au format modeste se montrent d'une rare efficacité en termes d'aide et de soutien. En général, plus une famille manifeste des signes de détresse, traduisant une souffrance reconnue ou implicite, plus on peut s'attendre à une densité du réseau professionnel, d'autant si des aspects socio-économiques sont à l'avant-plan. Ceci étant, rappelons-nous que la crise pandémique a mis à l'arrêt au printemps 2020 les structures de l'enfance, comme les écoles, les crèches, les lieux d'accueil...

De façon générale, une pratique de réseau tente de stimuler le processus complexe de « refonctionnalisation » d'un champ social dispersé, éclaté, quand il n'est pas réduit à l'impuissance. Les réseaux professionnels doivent d'ailleurs habituellement être mobilisés dans les situations d'anomie, état générateur d'exclusion, de « ghettoïsation ». Notons que les systèmes humains étiquetés « à problèmes » induisent et entretiennent habituellement des relations équivoques, ambiguës avec les professionnels qui interviennent de façon isolée. Ces derniers s'épuisent au risque de « dysfonctionner » eux-mêmes. Dans ces cas de figure préoccupants, il nous semble utile de respecter une phase d'évaluation exploratoire des liens et relations, en s'appuyant sur une lecture systémique de la situation, des événements et de l'histoire, et ce, à plusieurs professionnels.

Une pratique de réseau opérante s'écarte d'une lecture réductionniste en évitant de considérer le problème uniquement à un niveau individuel ou même familial ; elle vise à créer un contexte qui intègre de multiples composants, permettant de produire de nouvelles hypothèses, en se décalant, en prenant de la hauteur. Une forme d'intelligence collective fait émerger des énoncés originaux, inattendus. L'on parle aussi parfois de thérapie de réseau. Reconnaissons toutefois qu'il n'est pas rare de constater des polémiques au sein des réseaux, étant donné que les intervenants œuvrant dans leur champ spécifique, dotés de leur mandat plus ou moins défini, se retrouvent placés dans des positions de méconnaissance réciproque voire dans des rivalités parfois très destructrices de liens. Ces positions dommageables résultent de dysfonctionnements structurels macro-sociétaux, dus à l'impossible consensus social, héritier d'enjeux de pouvoir aux motifs politiques, historiques et conjoncturels. De plus, la présence de manipulations plus ou moins conscientes de la part des patients ou de celles des acteurs de terrain renforce le constat trop souvent réalisé de paralysie des systèmes. Combien de situations de maltraitance ne génèrent-elles pas frustrations, épuisement, sentiment d'impuissance, voire

## Le secret professionnel partagé

d'inutilité. Notre intention vise à dépasser cet état en créant une dynamique d'échange basée sur le respect des personnes et des structures et de leurs missions. L'outil permettant d'atteindre cette finalité, certes ambiguë, est la concertation qui est à distinguer de la négociation et de la médiation. Elle se définit comme le fait d'échanger à plusieurs pour s'accorder en vue d'un projet commun et suppose la confrontation entre les personnes impliquées, l'échange d'arguments, l'explicitation des points de vue de chacun. En parallèle, la pluridisciplinarité ne se conçoit pas comme la juxtaposition des compétences propres à chaque discipline, ce qui pourrait être perçu comme une « pluridisciplinarité contrainte ». Cette façon d'aborder le travail risquerait d'amener à devoir concilier, voire arbitrer, différents points de vue inhérents aux logiques d'intérêts propres à chaque profession. Nous soutenons le fait de rechercher et de construire des modèles de fonctionnement axés sur une planification consensuelle. Idéalement, toute intervention s'inscrit dans l'agir humain nécessitant une mémoire ainsi qu'une forme d'alliance autour de laquelle les professionnels peuvent se retrouver afin d'aider et de soigner ensemble. Cette mémoire et cette alliance sont alors les garants d'une véritable concertation donnant une cohérence au projet de prise en charge et aux décisions qui en découlent.

Un des effets secondaires du réseau est constitué par l'amalgame entre « aide sociale » et « contrôle social ». Il n'est pas rare que les familles vivent les actions d'une équipe ou d'une structure, plus encore quand il est question de liens maltraitants, comme menaçantes, voire violentes. Les professionnels sont alors perçus comme des agents de contrôle, dotés de peu d'états d'âme, n'attendant que le recueil de quelques éléments comme prétexte pour pouvoir séparer et placer les enfants. Soulignons qu'une perspective d'aide comporte en soi des valeurs structurantes, tout en présentant comme éventuel effet péjoratif de disqualifier les ressources propres au système familial, en ne tenant pas assez compte des liens d'appartenance ainsi que des aspects traditionnels et culturels.

Une question corollaire qui représente un enjeu important pour la qualité de la pratique de réseau concerne le secret professionnel entre les intervenants impliqués dans une même situation. En Belgique, la confidentialité constitue le socle de toute relation d'aide et de soins, condition *sine qua non* pour qu'une personne accepte l'expérience de la confiance et parle de son intimité, de son histoire.

Il est donc essentiel que le professionnel garantisse le cadre et les conditions pour le respect des confidences énoncées. La plupart des professionnels concernés par l'enfance pratiquant un fonctionnement de réseau, comment, dans ces circonstances, concevoir le respect d'un espace de parole protégé ?

D'une manière générale, le secret professionnel partagé veille à assurer une continuité du processus d'aide et de soins, dans la perspective de la meilleure prise en charge possible. Dans cette acception, le secret peut être partagé entre plusieurs professionnels de santé au sein d'une filière de soins et/ou d'aide ou encore dans un circuit dit « sanitaire ». Dans une lecture stricte, le secret est présumé n'être partagé qu'au sein d'une même équipe professionnelle. Précisons que le patient et ses responsables légaux doivent être informés de l'existence du processus et de son contenu, disposant toujours de la faculté de s'y opposer. Ce n'est que dans ces circonstances bien précises que l'aide n'est plus à proprement parler négociée et devient contrainte lorsque des mesures judiciaires sont engagées. Par ailleurs, dans les situations impliquant des mineurs d'âge, on ne se situe pas dans une relation singulière entre le professionnel et le jeune patient, étant donné l'implication dans sa prise en charge, au moins pour une part, des parents ou responsables légaux. Quand il s'agit



d'adolescents, la question est laissée à l'appréciation de l'intervenant selon le discernement et la maturité du jeune concerné. La notion de confidentialité s'avère dès lors dépendante de certains paramètres. La vignette clinique illustre des questions travaillées quotidiennement dans toute équipe médico-psychosociale, telle une équipe SOS-Enfants ; citons notamment : « Qu'en est-il des collaborations entre différentes unités ou divers services, par exemple, d'une même structure hospitalière, ou au sein d'un réseau, d'un circuit de soins, d'un arrondissement... ? Pouvons-nous discuter à propos d'un patient et, dans l'affirmative, dans quel cadre et dans quelles limites ? Si les finalités de nos interventions sont distinctes ainsi que nos missions de nos équipes, pouvons-nous malgré tout échanger sur des observations, des constats réalisés par les uns et par les autres ? Existe-t-il des mesures particulières, comme dans les suspicions de maltraitance ?... ». Ces interrogations montrent la tension présente entre respect de la vie privée, d'une part, et partage minimal d'informations aidant à l'accompagnement diagnostique et thérapeutique, d'autre part. Elles visent un équilibre, fragile et évolutif, qui dépend de la qualité des liens que nous allons pouvoir tisser avec les protagonistes concernés par d'éventuels aspects de maltraitance envers un enfant, mais également le positionnement de ceux-ci à l'égard des professionnels eux-mêmes. Nombre de situations de maltraitance institutionnelle ont pour origine des désaccords et oppositions soulevés par ces interrogations.

Le cadre légal est évidemment à toujours considérer. Rappelons tout d'abord que les aspects du secret professionnel partagé ainsi que les règles à respecter, les conditions pour partager l'information, ne sont pas coulés dans un texte de loi. En Belgique, en appliquant rigoureusement l'article 458 du Code pénal, nous devrions intervenir sans échange d'informations avec quiconque. En même temps, le législateur précise, dans l'article 458*bis* de ce même Code pénal, que, si un professionnel n'est pas en mesure lui-même ou

avec l'aide d'un tiers d'apporter de l'aide à une personne vulnérable, celui-ci peut se délier de son secret professionnel et communiquer au Parquet les éléments pertinents pour solliciter son intervention. Ainsi, au-delà de ces aspects juridiques, le législateur sous-entend qu'il y a lieu, en certaines circonstances, de pouvoir faire appel à un tiers. Soulignons également que le partage du secret doit respecter certaines conditions, celles-ci étant établies sur la base de différents codes de déontologie, comme celui des médecins, celui des psychologues cliniciens ou encore celui des travailleurs sociaux. À côté du texte légal, la déontologie assure une fonction de balisage permettant d'éclairer les professionnels par rapport au bien-fondé de leur pratique. Épinglons ces conditions.

Le patient doit être informé de l'échange d'informations entre professionnels. Cet échange ne peut porter que sur les éléments nécessaires à chacun des intervenants impliqués pour réaliser au mieux leur mission.

Les échanges d'informations doivent se réaliser dans une même finalité, c'est-à-dire le bien du patient.

Le patient a la connaissance des informations qui doivent être échangées dans cet objectif. Il est d'ailleurs préférable qu'il soit présent lors des concertations impliquant les professionnels partageant les éléments nécessaires à la prise en charge.

Les intervenants doivent être tenus au même cadre de secret professionnel. Ainsi, par exemple, un enseignant n'est pas amené à devoir respecter un cadre déontologique comme celui des psychologues ou des travailleurs sociaux, même s'il est attendu à un devoir de réserve.

Ces éléments étant rappelés, nous devons être attentifs à respecter les conditions de la vie privée ainsi que celles du secret professionnel partagé. Si ce dernier porte sur ce qui est pertinent pour le bien de l'enfant, il n'est guère aisé de définir rigoureusement cette notion de « Qu'est-ce qui est strictement utile et néces-

saire ? ». Ainsi, par exemple, sur la base d'un accord établi au service d'aide à la jeunesse, il paraît valable d'enrichir l'évaluation de tous les éléments disponibles dans l'intérêt premier de l'enfant ou de l'adolescent. Au sein d'une enveloppe partenariale réunissant des services d'aide infanto-juvénile, il est évident que si, à un moment, un choix s'impose entre l'avis d'un parent et l'intérêt supérieur d'un enfant, le consensus sera habituellement obtenu. Mais, si des professionnels intervenant auprès d'adultes mis en cause sont invités à se positionner, il n'est pas certain qu'il en sera de même.

## Comment rester professionnel en temps de crise ?

Notre intention n'est certes pas de décrire la « juste attitude » pour mettre fin à la maltraitance institutionnelle, tout comme la maltraitance familiale. Nous proposons de reprendre quelques composants personnels pour déjouer les écueils que suscitent ces situations délicates à appréhender. L'ampleur de la crise sanitaire rappelle aussi combien il y a lieu de prendre soin des intervenants afin que ceux-ci puissent aider, soigner et éduquer comme ils l'aspirent.

La solidité du professionnel, au-delà d'une force physique, fait référence aux éléments psycho-affectifs de l'intervenant. Ceci étant dit, le soma et la psyché étant étroitement liés, on est en droit d'espérer que l'adulte solide et serein dans ses repères internes veille à sa bonne vitalité générale (aspect primordial de l'enveloppe corporelle en lien avec l'enveloppe psychique développée par Anzieu). La confrontation aux situations de maltraitance recèle un caractère traumatique pour le professionnel par le risque de débordement psychique. Ainsi, au-delà de toute formation et connaissance, les rencontres ciblées sur des questions de violence peuvent toucher les parts intimes enfouies dans l'enfance, et celles qui, quoique masquées, peuvent toujours être bien présentes. L'impact psycho-affectif est à prendre en considération et à retravailler, par exemple, lors de temps de supervision individuelle. Le cas échéant, s'il y a « réactivation de ses propres fantômes », on gagnera à bénéficier d'une thérapie personnelle.

Soyons chacun toujours conscients que des remaniements s'opèrent, liés à la rencontre entre l'autre et nos éléments personnels. Dès lors, je m'interroge sur moi-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 souvenir personnel resurgit-il quand je vois cet enfant, ce parent ?... ». Considérée comme un repère au cœur d'une pratique complexe, la subjectivité enrichit l'expérience clinique. En lien avec la subjectivité, les représentations, la communication... se décline la notion d'intuition. La compréhension du concept varie d'un auteur à l'autre, selon, entre autres, l'importance de la lecture philosophique qui en est apportée. En termes simples, 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 le professionnel 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. 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 éventuel co-intervenant et de la discussion d'équipe.

Par ailleurs, sans adopter une position de savoir inébranlable, il est nécessaire de disposer d'assises théoriques solides, en référence à la discipline que l'on exerce. Pour tout professionnel, cette nécessité de connaissances couvre un vaste champ ciblé, entre autres, sur le développement psycho-affectif du sujet, la psychopathologie, les volets de l'accompagnement éducatif. Ces deux axes sont en lien direct avec l'estimation de l'impact de la maltraitance sur l'enfant, d'une part, et des failles de structure de personnalité et des dysfonctionnements relationnels, d'autre part. Encore faut-il « mettre en mouvement » ces références pour les utiliser adéquatement, c'est-à-dire veiller à articuler ce que l'on sait avec ce que l'on vit et recueille lors des rencontres et interventions. La solidité s'acquiert évidemment avec le temps, l'expérience, les formations complémentaires ; elle s'enracine dans la personnalité,

le tempérament du professionnel, invité à développer son engagement par ses capacités d'écoute, d'empathie, de discernement. Cette dernière caractéristique trouve une bonne illustration dans le jeu de la balance dont les plateaux sont composés, pour l'un, d'« agir pour comprendre », et, pour l'autre, de « comprendre pour agir ». La tension dialectique entre ces deux aspects anime le professionnel soucieux d'avancer dans le respect des individus, au-delà de ce que ceux-ci agissent et montrent. Inéluctablement, le professionnel est renvoyé à ses valeurs personnelles, ses définitions propres comme : « Où commence la maltraitance ? » Régulièrement posée dans les situations dites limites, cette interrogation sera à chaque fois remise sur le travail. Et, malgré les tentatives pour définir la violence fondamentale enfouie dans l'humain, aucune théorie ne saisira entièrement la problématique.

La notion de solidité fait également écho au cadre de travail. Plus il sera clair, cohérent et explicite, plus il permettra à l'accompagnement, au contenu donc de l'intervention, de viser des objectifs « élevés ». Le cadre s'appuie sur les missions, les mandats des intervenants, selon leur appartenance institutionnelle. Il se dit dès les premières minutes de toute rencontre, non seulement avec les patients, mais aussi avec d'autres éventuels intervenants.

Dans la suite, la créativité du professionnel s'illustre entre autres par la capacité de créer un espace thérapeutique avec les systèmes maltraitants ; c'est pouvoir constituer des « ponts de corde » pour établir de nouveaux liens, c'est-à-dire une intersection réalisée entre des individus aux histoires et appartenances spécifiques. Rappelons-nous, à la suite de Winnicott, que les patients doivent nous « éprouver », pour voir s'ils peuvent compter sur nous ou s'ils répéteront avec nous leurs traumatismes et dysfonctionnements. Ainsi, pour comprendre et éviter de se perdre dans les projections dont le professionnel est l'objet, il est indispensable de donner du sens à ce qui se joue entre l'histoire de

l'autre, son histoire personnelle et les contextes en jeu. Les rencontres avec chacun des protagonistes, que ce soit au format individuel ou lors d'entretiens familiaux, demandent de jongler entre des positions particulières. En effet, la souplesse psychique est requise pour rencontrer un enfant maltraité dans la détresse, sa souffrance, sa culpabilité d'avoir allégué, puis sa mère, incrédule ou non, abattue ou en rage, ensuite son père, niant, minimisant ou s'effondrant dans le soulagement du dévoilement et l'éventuelle fratrie oscillant entre rivalité et complicité... La créativité sous-tend donc l'engagement de l'intervenant par la mobilisation de ses ressources internes. La rencontre avec l'enfant maltraité demande aussi une connaissance des symptômes évocateurs de traumatisme psychique. Pour ce type de rencontre, le professionnel doit faire preuve de finesse dans l'approvisionnement du mineur d'âge, en utilisant parfois préférentiellement des médias autres que la rencontre de parole dans un colloque singulier, comme les outils métaphoriques (les contes, les marionnettes...).

Retenons également la nécessaire prudence dans l'analyse de chaque situation d'enfant, en évitant tout excès : d'un côté, la réassurance trop forte et rapide devant l'absence de signe d'angoisse et un fonctionnement affectif, relationnel, en apparence équilibré ; de l'autre, une insistance à prolonger l'accompagnement en « fouillant » le moindre indice de malaise attribué *ipso facto* à des événements violents. Un des écueils à contourner se situe dans la culpabilisation. Il est clair que l'expérience et le travail en équipe constituent des « garants » d'un suivi opérant. La rencontre avec un adulte maltraitant revêt un caractère particulier car elle génère, dans le chef du clinicien, si pas un rejet, du moins de l'ambivalence. À nos yeux, nier cette part contre-transférentielle, miser sur une bienveillance totale et pleine, cela engage une distorsion relationnelle et conforte même le parent dans les mécanismes de déni et de clivage. Tout humain qu'il est, le professionnel a à s'énoncer dans une désapprobation des inadéquations sans prétention d'être un « justicier ».

C'est à partir de cette divergence d'opinions, de cette tension dialectique entre deux points de vue que peut se construire un dialogue « utile », permettant à l'adulte de tenter de comprendre l'effraction de sa violence dans la réalité du lien à l'enfant. Concomitamment, l'adaptabilité du professionnel caractérise la faculté de poursuivre sa mission en intégrant ce que montrent (ou non), permettent (ou non) les systèmes maltraitants. Avec nombre d'entre eux, l'accompagnement tournerait vite court si nous ne déployions point de stratégies adaptatives. En effet, peu de systèmes, comme certaines familles à transaction maltraitante, acceptent l'idée d'être aidés et soignés.

Ces différentes composantes gagnent à s'appuyer sur la mutualisation. Ainsi, travailler à plusieurs constitue une règle d'or. Intervenir à deux professionnels, outre le « confort » que cela représente, permet d'interroger à plusieurs niveaux, de déjouer les coalitions, du moins d'en reconnaître plus facilement les menaces, d'établir certaines alliances dans la finalité d'une affiliation forte. Le préalable à la fonctionnalité de la cointervention consiste dans un système professionnel rodé, souple et libre dans les enjeux de pouvoir interne à la dyade ainsi formée.

En complément à ce premier appui essentiel, le 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, en rappelant qu'une « bonne » co-intervention ne vise ni le « consensus de perceptions » ni l'adhésion du collègue. 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 sa zone de confort et de maîtrise de ses émotions et perceptions. À ce propos, il est classique d'entendre des professionnels accueillir un nouveau collègue en le prévenant quant à la co-intervention: « Il faut accepter de se montrer, de

parler de ce qu'on a ressenti, de ce qui fait écho... ». Les représentations personnelles confrontées à celles du collègue et de l'équipe appartiennent désormais au champ collectif. Il s'agit ici d'une valeur essentielle dans la clinique des maltraitements, 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. La dimension d'équipe, forte et cohérente, est idéalement portée par tous ses membres.

Des désaccords peuvent survenir. Interpeller un collègue de travail au sujet de l'invalidité d'une décision, dénoncer une situation de maltraitance institutionnelle, c'est avant tout assumer son analyse et l'exprimer. Mais c'est aussi nommer des actes professionnels comme étant inappropriés et non protecteurs pour l'enfant. Pour les professionnels concernés, c'est à la fois assumer sa parole par l'expression de son intime conviction, et ne pas disculper l'autre dans sa décision, tout en évitant de résumer des années de pratique et de placement à une seule situation ou une décision jugée inopportune. Si l'analyse de la situation est la première étape, le passage à la verbalisation reste sans doute la plus difficile : « Que va-t-on dire au collègue sans tomber dans la culpabilisation ? » L'important est de formuler sa pensée, sans jugement ni culpabilité. La parole porte à la connaissance de l'autre une façon différente de penser. S'exprimer de façon nuancée est essentiel dans un système où les acteurs reconnaissent la difficulté de prendre les bonnes décisions pour l'enfant et confirment la menace de se tromper. Tous, à un moment ou un autre, on a certainement malmené (voire maltraité institutionnellement) un jeune dans nos prises de décision. Mais, au-delà de l'expression et de l'apport d'informations, la parole a une autre fonction fondamentale, celle de soutenir des actes ; sa valeur réside également dans l'action exercée sur l'interlocuteur. Si le sentiment exprimé face à une décision inappropriée est associé à des faits réels et à une objectivité

adéquate, celui-ci a les moyens d'être partagé par les interlocuteurs et de les faire (ré)agir.

Le travail à plusieurs constitue donc la base de « l'enveloppe partenariale ». Les professionnels forment un groupe vivant ayant des sentiments et des ressentiments ; cela implique d'y intégrer des temps d'analyse sur le rapport entre la dynamique relationnelle dans le groupe multiprofessionnel avec ce qui se joue sur le plan relationnel dans la famille. Cette élaboration collective se concrétise, se vit, s'éprouve et s'épanouit à travers les réunions d'équipe pluridisciplinaire. Cette pratique à plusieurs met l'accent sur la concertation et l'évitement du morcellement dans l'accompagnement des familles, et certainement celles à transaction maltraitante.

Enfin, une dimension particulière nous semble intéressante à relever dans les relations humaines et les fonctionnements institutionnels. Il s'agit de l'humour que la crise pandémique a drastiquement réduit entre autres au sein des pratiques de réseau. À distinguer de l'ironie, de la moquerie (« si l'ironie veut dominer, l'humour libère »), l'humour se situe dans les mécanismes adaptatifs et défensifs au même titre que l'altruisme, la sublimation... Tout comme le recadrage, l'humour suscite la surprise, l'étonnement, ingrédients nécessaires pour amener à prendre du recul et adopter une position d'observation permettant d'avoir accès à d'autres sens possibles des situations rencontrées. Un trait d'humour peut contribuer à créer un climat où il devient possible de sourire ensemble, non pas pour éviter d'aborder les sujets importants, mais dans le but d'en offrir une lecture différente. Il correspond à une démarche d'affiliation, consolidant potentiellement l'alliance thérapeutique. Il représente une opportunité de parler des choses autrement, en intensifiant le niveau émotionnel. L'humour constitue ainsi un média précieux, tant dans les rapports entre professionnels qu'avec les jeunes patients et leur entourage. Nous ne pouvons qu'encourager à préserver cette dimension afin de soigner nos liens, nos pratiques et nos contextes institutionnels.

# Un phénomène d'aliénation

Outre l'agent viral lui-même, différents vecteurs ont contribué à l'ampleur de la crise pandémique, participant au risque d'émergence de maltraitances institutionnelles. Parmi ceux-ci, on retrouve le phénomène d'aliénation. Cette notion est polysémique, apportant certainement plus de confusion que de précision. Signifiant étymologiquement « étranger », « autre », elle est utilisée dans les domaines juridique, philosophique, psychologique et médical. Sur le plan sociologique, elle peut qualifier les systèmes sociaux ou politiques déterminant un état de privation des droits ou de la liberté d'un individu ou d'un groupe. Plus loin, elle traduit aussi une situation de dépossession ou de contrainte essentiellement extérieure, entravant le déploiement des facultés du sujet ; celui-ci peut ne plus penser par lui-même, voire être assujéti sans en prendre conscience.




Ce n'est pas la technique qui asservit le sujet humain, mais le sacré transféré à la technique. Une des dérives possibles de ce fonctionnement occidental est le retrait de l'esprit critique ainsi que l'atteinte du libre arbitre et de la liberté de penser. L'homme du XXI<sup>e</sup> siècle serait-il *in fine* plus aliéné que ses aïeux ? Si on considère que l'on n'arrête jamais le progrès, il y a lieu de s'interroger sur les aspects éthiques à faire émerger. Loin d'être de la science-fiction, le développement des prouesses techniques, que ce soit dans les domaines économique, informatique et même dans celui de la médecine, devient progressivement un phénomène quasi autonome, échappant alors au contrôle de l'humain. Ce dernier ne pouvant s'empêcher de sacraliser son environnement, c'est moins la nature qu'il sacralise que le biais par lequel il a désacralisé (et même pollué) celle-ci, c'est-à-dire la technique. Les retentissements de ce transfert de sacré est loin d'être seulement environnemental ; il est également psychologique. En développant une réelle addiction aux prouesses tech-

niques, l'homme moderne est animé par les concepts de rationalité et d'efficacité qui alimentent la pensée occidentale depuis les Lumières. Les phénomènes techniques constituent la préoccupation principale de beaucoup de personnes, recherchant en toutes choses la méthode la plus efficace. L'idéologie de la technique avec la bureaucratie qui partage ses valeurs vise à faire fonctionner un ensemble politico-économico-social dont la règle essentielle semble être l'efficacité. Notre fonctionnement social est grandement déterminé par la technique, l'homme y étant aliéné, estimant la croire neutre alors qu'elle est sacralisée par ce dernier. Or cette sacralisation s'opère au sacrifice de l'esprit critique, du libre arbitre, conduisant l'homme à adopter de plus en plus des comportements conformistes. Au risque peut-être que le conformisme ne se transforme aujourd'hui en totalitarisme...

## Bibliographie

- Anziau D., *Le penser. Du moi-peau au moi-pensant*, Dunod, 1994.
- Caillé P., *Voyage en systémique*, Fabert, 2007.
- Chapon-Crouzet N., *De la maltraitance à la bienveillance institutionnelle*, Empan, vol. 62, n° 2, pp. 122-126, 2006.
- Corbet E., « Violences en institutions : à la recherche d'outils de prévention », *Les cahiers du CTNERHI*, n° 61, pp. 67-77, 1994.
- de Becker E. et Hayez J.-Y., *La pédophilie*, Éditions Jésuites, 2018.
- de Becker E., Vanderheyden J.-E. et Segquier D. (coord.), *Les séparations parentales conflictuelles*, De Boeck, 2021.
- Elkaim M., *Les pratiques de réseau. Santé mentale et contexte social*, ESF, 1987.
- Hayez J.-Y. et de Becker E., *La parole de l'enfant en souffrance. Accueillir, évaluer, accompagner*, Dunod, 2010.
- Josse E., *Le traumatisme complexe*, chap. 21 « Pratique de la psychothérapie EMDR », Tarquinio C. et al. (dir.), Dunod, pp. 235-244, 2017.
- Lebrun J.-P., *Un immonde sans limite*, Érès, 2020.
- Miller A., *C'est pour ton bien*, Aubier, 1985.
- Parret C. et Iguenane J., *Accompagner l'enfant maltraité et sa famille*, Dunod, 2001.
- Tomkiewicz S., « Violences et négligences envers les enfants et les adolescents dans les institutions », *Child abused and neglect*, n° 8, pp. 319-35, 1984.

## Pour approfondir le sujet

-  · A quoi être attentif lors d'une inquiétude de maltraitance ?, avec Marc Gérard
- L'enseignant, confident de l'enfant en cas d'abus sexuel, avec Marc Gérard
- Secret professionnel et travail en réseau ?, avec Claire Meersseman
- Le secret professionnel au service de l'usager, avec Claire Meersseman
- Crise sanitaire : quand la cohérence collective est mise à mal, comment garder le cap en équipe pour soutenir les parents ?, avec Muriel Meynckens-Fourez
- Comment concilier limites individuelles et cohésion d'équipe en contexte de crise sanitaire ?, avec Muriel Meynckens-Fourez
- Comment maintenir la confiance en équipe en période de crise sanitaire ?, avec Muriel Meynckens-Fourez
- En contexte de confinement, aménager des réunions d'équipes garde toute son importance, avec Pierre Delion
- Quand tous les repères sont bouleversés, quelle place occupe le professionnel de l'aide ?, avec Pierre Delion
- ...
-  · Travailler ensemble en institution, Christine Vander Borgh
- Guide pour prévenir la maltraitance, Marc Gérard
- Être porté pour grandir, Pierre Delion
- ...
-  · La permanence des équipes éducatives aide à se construire
- ...

# CONTEXTE COVID-19

## Ressources pour les professionnels

### VIDÉOS EN LIGNE



- [Adolescence] Sophie Maes
- [Santé mentale] Catherine Zittoun
- [Adolescent et école] Laëlia Benoit
- [Attention à l'autre] Denis Mellier
- [Enfance] Vanessa Griendl
- [Enfance] Nathalie Ferrard
- [Phases de la crise] Delphine Pennewaert
- [Incidences de la crise] Nathalie Grandjean
- [Société] Jean Van Hemelrijck
- [Adolescents en souffrance] Michèle Benhaim
- [Adolescence] Bernard Golse
- [AMO - Aide en milieu ouvert] Mathieu Blairon
- [Harcèlement virtuel] Angélique Gozlan
- [Précarité] Farah Merzguioui
- [Adolescence] Fabienne Glowacz
- [Travail d'équipe] Muriel Meynckens-Fourez
- [Précarité - Séparation] Gérard Neyrand
- [Port du masque] Marie-Rose Moro
- [Adolescence] Marion Haza
- [Parentalité] Geneviève Bruwier
- [Société] Roland Gori
- [Maltraitance - Déconfinement] Virginie Plennevaux

- [Adolescence] Vanessa Griendl
- [Le développement de l'enfant] Pierre Delion
- ...

### PODCASTS DES CONFÉRENCES EN LIGNE

- *La musique, un plaisir qui fait grandir et apporte sécurité et réconfort* - Pierre Lemarquis - webinaire du 11 février 2022
- *Quelle place pour la parole aujourd'hui ?* - Pascal Kayaert - webinaire du 10 décembre 2021
- *Traces de la crise sanitaire au mouvement de l'adolescence ? Comment accompagner les jeunes au retour de l'été ?* - Sophie Maes - webinaire du 24 septembre 2021
- *Peut-on encore toucher les enfants aujourd'hui ?*, avec Pierre Delion - webinaire du 25 juin 2021
- *Après des mois de confinement, comprendre les stades de la crise*, avec Delphine Pennewaert - webinaire du 7 mai 2021
- *Après des mois de confinement, quelques pistes pour renouer avec notre vitalité*, avec Jean Van Hemelrijck - webinaire du 23 avril 2021
- *Les adolescents et les réseaux sociaux*, avec Angélique Gozlan - webinaire du 26 mars 2021
- *Accueillir la vie en temps de pandémie*, avec Pascale Gustin - webinaire du 5 mars 2021
- *Ensauvagement du monde, violence des jeunes*, avec Danièle Epstein - webinaire du 29 janvier 2021
- *Rire en temps de crise*, avec David Le Breton - webinaire du 4 décembre 2020
- *Six moments fondateurs pour s'émerveiller autour du bébé*, avec Ayala Borghini - webinaire du 30 octobre 2020
- *Adolescence en temps de COVID-19, entre crises-passions et crispation*, avec Aurore Mairy - webinaire du 12 juin 2020
- ...

### Durant le contexte Covid-19, retrouvez de nouvelles vidéos en ligne réalisées à partir de vos questions.

Faites-nous part de vos questions relatives à vos pratiques professionnelles ajustées dans ce contexte particulier. Nous nous en ferons le relais via le site.

sur yapaka.be



# Pour prévenir la maltraitance institutionnelle

- Ne pas rester seul
- Se tourner vers ses collègues, ses référents institutionnels et supérieurs hiérarchiques
- Être en lien et faire appel au réseau d'aide de proximité
- Tenir des réunions d'équipe, des supervisions, des réunions de concertation
- Continuer à se former
- Contacter le 103, le Délégué Général aux droits de l'enfant, ...

Pour creuser ces pistes au travers de questions concrètes, rendez-vous sur

**mooc.yapaka.be**

*Points de repère pour prévenir la maltraitance*

Formation gratuite

Plus de 90 questions

Des ressources vidéo, audio, livres, textes

À parcourir seul ou en équipe

Accessible au rythme de chacun

Avec un syllabus téléchargeable

*Comment réagir face à un membre de mon équipe qui dénigre systématiquement un enfant ? - Vous êtes mal à l'aise à l'égard d'un collègue qui témoigne d'un intérêt soutenu pour un enfant, vous ... - Comment réagir face aux absences répétées d'un enfant qui ne présente pas de justificatifs ? - Si je suis mal à l'aise d'évoquer avec mes collègues une situation difficile rencontrée avec un enfant, ...*

→ Inscrivez-vous sur  
**mooc.yapaka.be**

# Temps d'Arrêt / Lectures Dernier parus

- 101. Du déclin au réveil de l'intérêt général.** Dany-Robert Dufour
- 102. La parentalité aujourd'hui fragilisée.** Gérard Neyrand
- 103. L'attention à l'autre.** Denis Mellier\*
- 104. Jeunes et radicalisations.** David Le Breton
- 105. Le harcèlement virtuel.** Angélique Gozlan
- 106. Le deuil prénatal.** Marie-José Soubieux, Jessica Shulz
- 107. Prévenir la négligence.** Claire Meersseman
- 108. A l'adolescence, s'engager pour exister.** Marie Rose Moro
- 109. Le secret professionnel, fondement de la relation d'aide et d'écoute.** Claire Meersseman, André Donnet, Françoise Dubois, Cécile Guilbau
- 110. La portée du langage.** Véronique Rey, Christina Romain, Sonia DeMartino, Jean-Louis Deveze
- 111. Être porté pour grandir.** Pierre Delion
- 112. Le travail social animé par la « volonté artistique ».** David Puaud
- 113. Quand la violence se joue au féminin.** Véronique Le Goaziou
- 114. Résister à l'algocratie - Rester humain dans nos métiers et dans nos vies.** Vincent Magos
- 115. Mères et bébés en errance migratoire.** Christine Davoudian
- 116. Faire famille au temps du confinement et en sortir...** Daniel Coum
- 117. Challenges numériques sur les réseaux sociaux.** Marion Haza, Thomas Rohmer
- 118. La découverte sensorielle et émotionnelle du bébé.** Ayala Borghini
- 119. Rire... et grandir.** David Le Breton
- 120. Adolescence en temps de Covid-19 entre crise-passions et crispations.** Aurore Mairy
- 121. Ensauvagement du monde, violence des jeunes.** Danièle Epstein
- 122. Accueillir la vie en temps de pandémie.** Pascale Gustin
- 123. L'entrée dans le langage.** Jean-Claude Quentel
- 124. Naître et grandir.** Jacques Gélis
- 125. La parentalité désorientée Mal du XXI<sup>e</sup> siècle ?** Ludovic Gadeau
- 126. Puissance de l'imaginaire à l'adolescence.** Ivan Darrault-Harris
- 127. Quand la parole déconfiné,** Pascal Kayaert
- 128. Covid-19 : l'impact sur la santé mentale des jeunes.** Sophie Maes
- 129. Le monde de l'enfance après un an de crise sanitaire.** Pierre Delion
- 130. Comme une tombe. Le silence de l'inceste.** Anne-Françoise Dahin

\* Ouvrage épuisé.

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

# Les livres de yapaka

En Belgique uniquement

disponibles gratuitement au 0800/20 000 ou [infos@cfwb.be](mailto:infos@cfwb.be)



POUR LES PARENTS D'ENFANTS DE 0 À 2 ANS



POUR LES PARENTS D'ENFANTS



POUR LES PARENTS D'ENFANTS



POUR LES PARENTS D'ADOS



POUR LES ENFANTS



POUR LES ADOS DE 12 À 15 ANS