



Cet article met en évidence les modifications psychosociales engendrées par une pandémie: menace des équilibres fragiles, amplification des précarités et altération des patterns transactionnels au sein des systèmes humains. Après avoir précisé la notion de maltraitance, l'auteur recense les facteurs de risque ou de vulnérabilité en matière de maltraitance infanto-juvénile et donne un éclairage général lorsque l'on tente de comprendre l'étiopathogénie du phénomène. La crise liée à la pandémie constitue indéniablement un facteur de risque de maltraitance infanto-juvénile non négligeable suite à l'augmentation inhérente des angoisses, mais a aussi eu des aspects encourageants grâce au confinement, qui a resserré certains liens familiaux dans une ambiance plus relax.

# COVID-19 ET MALTRAITANCE INFANTO-JUVÉNILE



**Emmanuel de Becker**  
Pédopsychiatre, UCLouvain

## Introduction

En général, une pandémie n'opère pas de distinction fondée sur l'âge, le genre ou la nationalité. La crise mondiale que nous traversons bouleverse et déstabilise autant les adultes que les jeunes, quand elle ne les endeuille pas. Elle menace les équilibres fragiles, amplifie les précarités et modifie les patterns transactionnels au sein des systèmes humains. Comme tout phénomène nouveau, cette crise génère des perturbations internes, aux issues dommageables mais aussi parfois constructives. En raison de leur vulnérabilité intrinsèque et de leur lien de dépendance aux adultes, les enfants

et les adolescents représentent une catégorie à risque, confrontée aux effets secondaires à court et à long termes des bouleversements actuels. Centrons-nous sur les liens entre ceux-ci et la maltraitance infanto-juvénile, en rappelant les facteurs de risque de voir apparaître de l'inadéquation envers les enfants et les adolescents dans le contexte familial. Nous nous appuyons sur l'expérience d'une équipe de SOS-Enfants hospitalière assurant des prises en charge de systèmes familiaux en difficulté et/ou en souffrance (1). Se situant dans le champ de l'aide et des soins, celle-ci constitue un groupe de professionnels spécialisés, reconnu et subsidié par l'État depuis 35 ans pour lutter contre toutes les formes de maltraitance. Pour ce faire, l'équipe respecte des temps de compréhension diagnostique et d'accompagnement thérapeutique. Elle réunit des assistants sociaux, des psychologues, un juriste et des médecins (pédiatre et pédopsychiatre) (2).

Il nous semble pertinent de proposer ces réflexions à ce stade de la crise. En effet, depuis les mesures de sécurité sanitaire prises il y a quelques mois, nous observons à la fois le maintien, voire l'aggravation des dysfonctionnements familiaux, et une atténuation de la maltraitance, quand ce n'est pas une amélioration de la dynamique au sein de la famille. Interrogeons-nous sur ces évolutions parfois surprenantes, en nous référant aux catégories établies de facteurs de risque de maltraitance infanto-juvénile.

## Définitions et considérations générales

La maltraitance envers les enfants et les adolescents représente autant d'enjeux de santé individuelle et socio-familiale qu'elle suscite de questions d'ordre de santé publique (4). Il s'agit d'une thématique transdisciplinaire qui interroge les divers aspects de la violence à l'égard de laquelle chacun a ses représentations et

son vécu personnels; ainsi chaque subjectivité est nécessairement mobilisée. Ces problématiques singulières et complexes impliquent les volets de la protection, de l'aide et des soins, et en corollaire leurs interactions, en nécessitant une approche diversifiée à partir des regards sociologique, juridique, psychologique et médical (5). Il n'y a pas à proprement parler de situations légères ou graves, toute transgression étant susceptible d'entraîner des répercussions dommageables à court, moyen et long termes. Il est donc essentiel de respecter une évaluation rigoureuse et respectueuse de l'enfant, de l'adolescent et de l'entourage socio-familial.

commerciale ou autre, entraînant un préjudice réel ou potentiel pour la santé de l'enfant, sa survie, son développement ou sa dignité dans un contexte d'une relation de responsabilité, de confiance, ou de pouvoir» (5). En Belgique, la Fédération des Équipes SOS-Enfants estime que la maltraitance concerne chaque lésion physique ou atteinte mentale, chaque sévices sexuel ou chaque cas de négligence d'un enfant qui n'est pas de nature accidentelle, mais due à l'action ou à l'inaction des parents ou de toute personne exerçant une responsabilité sur l'enfant ou encore d'un tiers, pouvant entraîner des dommages de santé tant physique que psychique.

La crise sanitaire mondiale menace les équilibres fragiles, amplifie les précarités et modifie les patterns transactionnels au sein des systèmes humains.

À côté de la négligence, on définit de façon schématique plusieurs catégories de maltraitance selon la nature physique, sexuelle ou psychologique de celle-ci, en soulignant qu'elle se déroule dans le cercle familial ou en dehors de celui-ci. Cette différenciation transcende les réalités cliniques complexes qui intègrent habituellement plusieurs formes d'inadéquation envers le mineur d'âge. 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. Quant à l'OMS, elle retient la définition suivante: «La maltraitance de l'enfant s'entend de toutes les formes de mauvais traitements physiques, et ou psycho-affectifs, de sévices sexuels, de négligences ou d'exploitation

Ceci étant dit, des nuances existent selon les sources et les auteurs. Pour notre part et à la suite des travaux d'Haesevoets, nous considérons maltraitante toute attitude qui ne tient pas compte des besoins d'un enfant et constitue par le fait même une entrave importante à son épanouissement (6, 7). Un comportement maltraitant peut être intentionnel ou le résultat de la négligence, voire de défaillances sociales. Quoi qu'il en soit, la maltraitance recouvre différentes significations et comprend des registres sémantiques variés. Tant dans la littérature que dans la pratique clinique, on parle de: «enfant martyr, battu, en danger de mort ou placé en situation de danger, négligence grave par omission, famille à risque, bébé secoué, torture et enfermement, violence institutionnelle, enfant esclave vendu ou à vendre, abandon, infanticide, enfant des rues, pédophilie, prostitution et

pornographie infantine, éducation rigide, perversion des relations entre enfants et adultes, abus de pouvoir, agression sexuelle, traumatisme, chosification de l'enfant...» On considère aussi comme une forme de maltraitance le fait d'exposer le jeune aux violences entre adultes, comme les parents (violence conjugale).

Depuis quelques années, on retrouve le concept de «bientraitance» à la définition relativement floue. Ainsi, il existe un risque à utiliser cette appellation étant donné la «catégorisation» (bon/mauvais) que cela entraîne. Un tel clivage, par exemple au sein des groupes familiaux, interroge la position éthique des professionnels, d'autant qu'il n'est guère aisé de définir une famille «normale», et que toute dynamique groupale est par essence évolutive; on ne peut se situer dans une logique binaire quand il s'agit de fonctionnements humains intrapsychiques et relationnels. Par ailleurs et certainement à notre époque, il y a lieu de prendre en compte un «relatif culturel»; à titre d'illustration, mentionnons les mères Kazat en Asie Centrale et Yakoutes en Sibérie qui masturbent leur jeune enfant pour les apaiser, attitude consentie, voire approuvée dans leur communauté. Il en serait bien autrement en Europe (8)!

La maltraitance infanto-juvénile constitue une problématique mondiale qui a de graves conséquences, le cas échéant à vie, pour ceux et celles qui en sont victimes (9, 10). Malgré l'existence de plusieurs études menées dans des pays à revenu faible, les données font encore défaut pour de nombreuses contrées. Sur le plan épidémiologique, la prévalence des situations de maltraitance sur les enfants et les adolescents demeure très importante, et ce malgré les campagnes de prévention, de sensibilisation et les multiples programmes de formation. À titre indicatif, près d'1 femme sur

4 et près d'1 homme sur 6 déclarent avoir été victimes de sévices sexuels avant l'âge de 18 ans.

**Nous considérons maltraitante toute attitude qui ne tient pas compte des besoins d'un enfant et constitue par le fait même une entrave importante à son épanouissement.**

La maltraitance entraîne des souffrances pour les jeunes ainsi que pour leurs familles, et peut avoir des retentissements à long terme. Agie dès la vie *in utero*, elle provoque un stress auquel on associe une perturbation du développement précoce du cerveau; outre le système nerveux, elle affecte l'immunité du jeune sujet. Dès lors, les enfants et adolescents maltraités, devenus adultes, sont davantage exposés à divers désordres comportementaux, physiques et psychiques, notamment une propension à utiliser la violence ou à la subir, à connaître des troubles anxio-dépressifs, à adopter des comportements sexuels à risque, à développer des pathologies cardiovasculaires ou des syndromes métaboliques, à abuser d'alcool et/ou de toxiques...

Selon les pays, la révélation de maltraitance faite par un mineur d'âge ou par un tiers sera soit «judicialisée», soit orientée vers le secteur médico-psycho-social. Notons que des démarches en parallèle peuvent co-exister. En Belgique, en 1985, suite à une recherche-action menée par différentes facultés universitaires (médecine, droit, psychologie), un premier décret institue les équipes SOS-Enfants. Celui-ci sera suivi par deux aménagements successifs, l'un en 1998, le second en 2004. Ils précisent entre autres la composition de l'équipe et l'extension des missions, comme celle

d'assurer la prise en charge des mineurs ayant commis des délits de nature sexuelle.

## **Les facteurs de risque**

Plusieurs facteurs de risque ou de vulnérabilité en matière de maltraitance infanto-juvénile ont été recensés et donnent un éclairage général lorsque l'on tente de comprendre l'étiopathogénie du phénomène (11, 12). On regroupe schématiquement 4 catégories de paramètres. Précisons que cette énumération recouvrant l'ensemble des formes de maltraitance est loin d'être exhaustive. Quant à l'agression sexuelle, elle requiert des éléments spécifiques dans le chef de l'auteur que nous ne détaillerons pas ici.

### **Les facteurs liés à l'enfant (ou à l'adolescent)**

- Un enfant de moins de 4 ans ou un adolescent.
- Un enfant réel trop éloigné de l'enfant imaginaire des parents; un enfant ne répondant pas aux attentes de ses parents.
- Prématurité ou faible poids de naissance (< 2.500g); pathologies précoces ou atteintes somatiques congénitales ou acquises entraînant (ou ayant entraîné) des séparations mère-bébé; besoins spécifiques, malformation physique ou handicap, anomalie génétique ou morphologique, maladie chronique,...
- Un enfant «précieux» ou né par procréation médicalement assistée.

- Un enfant issu d'un adultère, d'un inceste ou d'un viol, un «enfant illégitime», voué à être la honte aux yeux des siens, un enfant non désiré, non reconnu ou un enfant de remplacement, un jumeau non attendu dont la place dans la famille le désigne comme persécuteur potentiel...
- Un enfant rappelant les difficultés vécues pendant la grossesse (deuil, séparation, violence,...) ou une personne néfaste dans l'histoire familiale...
- La manifestation de troubles psychiatriques comme une perturbation du comportement éprouvante pour les parents et suscitant des réactions d'intolérance; la présence de pathologies complexes (anorexie, instabilité psychomotrice, trouble sphinctérien, insomnie tenace,...).

### *Facteurs tenant au parent ou à la personne qui s'occupe de l'enfant (ou de l'adolescent)*

- Une grossesse pathologique ou non désirée, une grossesse mal investie (présence de jumeaux non souhaités,...), voire déniée, ou s'accompagnant de plaintes somatiques continues; des antécédents de mort périnatale.
- De faibles connaissances de l'adulte sur le développement de l'enfant, des attentes irréalistes à son égard.
- Des difficultés à établir un lien avec le nouveau-né, des capacités limitées à investir l'enfant dans la continuité, peu d'identification à ses besoins, un manque d'attention à l'égard de l'enfant.
- Un abus d'alcool et/ou de drogues, y compris durant la grossesse.
- La présence de pathologies psychiatriques: trouble de la personnalité (trouble du caractère, immaturité, instabilité,...), fonctionnement pervers, psychopathie (violence par non-contrôle émotionnel avec

absence de remise en question et de culpabilité), psychose puerpérale, schizophrénie (négligence et violence liées au délire), dépression mélancolique («suicide altruiste»), délire paranoïaque, syndrome de Münchhausen par procuration;...

- Des antécédents de maltraitance dans l'enfance.
- Une implication dans des activités criminelles.

- un deuil récent ou l'abandon du conjoint pendant la grossesse;
- dans certaines fratries, des antécédents de mort subite ou suspecte inexplicable, de placement et/ou de mauvais traitements;
- des conflits transgénérationnels méconnus ou tenus secrets que trahit la violence des relations entre les générations.



### *Facteurs relationnels*

Plusieurs facteurs relevant des relations au sein de la cellule familiale ou entre partenaires, amis et pairs peuvent accroître le risque de maltraitance:

- l'isolement par rapport à la communauté, peu ou pas d'ancrage dans des systèmes d'appartenance, l'absence d'un réseau de soutien ou la perte de soutien de la part de la famille élargie;
- l'écèlement de la cellule familiale;
- des difficultés financières récurrentes;
- des violences conjugales ou des violences entre d'autres membres de la famille;

### *Facteurs communautaires et sociétaux*

Parmi les caractéristiques de l'environnement communautaire ou social associées à l'augmentation du risque de maltraitance des enfants et des adolescents, figurent entre autres:

- les inégalités sexuelles et/ou sociales (familles monoparentales, mères très jeunes, milieux défavorisés,...);
- des politiques sociales, économiques, de santé et d'éducation menant à des niveaux de vie peu élevés, à des inégalités et à une précarité socio-économiques; un manque de logements appropriés;



- un taux de chômage élevé;
- une facilité d'accès à l'alcool et aux drogues;
- des normes sociales et culturelles encourageant ou glorifiant la violence envers autrui, y compris l'usage des châtiments corporels,... (ce qui amoindrit le statut de l'enfant dans les relations adulte-jeune);
- des programmes de campagne insuffisants pour prévenir la maltraitance infanto-juvénile, la pornographie enfantine, la prostitution et le travail des enfants,...
- un manque de services de soutien aux familles et aux institutions, des services de soins spécialisés en nombre insuffisant.

## Discussion

Les mesures sanitaires qui accompagnent la crise liée au Covid-19 ont contraint à la distanciation entre les individus, au retrait de la vie sociale et, pour les jeunes, à l'arrêt de la fréquentation de l'école et des activités parascolaires. Les services d'accompagnement médico-psycho-social ont diminué leurs activités directes en mode présentiel et ont opté pour les contacts par téléphone ou par visio-conférence (mode distanciel). Les instances sociales (services d'aide à la jeunesse) et judiciaires (tribunal de la jeunesse) ont réduit drastiquement leurs interventions aux situations urgentes et de danger. Étant globalement fermées (mis à part un service de gardiennage), les structures de première ligne, que représentent entre autres les institutions scolaires, n'ont plus eu l'opportunité de constater les signes de maltraitance infanto-juvénile et de faire appel aux services spécialisés, comme les équipes SOS-Enfants. Il en a été de même pour la plupart des crèches ainsi que des instances PMS et PSE. Pendant cette période, c'est principalement via les médecins généralistes, les pédiatres et les services

d'urgence des hôpitaux généraux que les situations de maltraitance à l'égard des enfants et des adolescents peuvent être décelées et transférées aux équipes SOS-Enfants. Celles-ci ont aussi maintenu les prises en charge des familles dont le suivi avait commencé avant la mise en place des mesures sanitaires.

La crise liée à la pandémie constitue indéniablement un facteur de risque de maltraitance infanto-juvénile non négligeable. Plusieurs facteurs énumérés plus haut ont été activés. De nombreuses familles vulnérables suivies par SOS-Enfants ont vu augmenter leur niveau d'angoisse; en corollaire, la menace de voir les parents adopter des attitudes inadéquates, voire maltraitantes, vis-à-vis des jeunes est présente. L'angoisse et la nervosité dans les réactions sont palpables lors des rencontres en présentiel (bureaux de consultation), en visio-conférence ou lors de visites à domicile. Par ailleurs, des adultes à la santé mentale fragile manifestent des décompensations conduisant à des mesures d'urgence de protection d'eux-mêmes et/ou de leurs proches. C'est ainsi que l'équipe SOS-Enfants hospitalière a été sollicitée pour rencontrer en phase aiguë des parents délirants dont les enfants étaient plus ou moins menacés.

Soulignons également que de jeunes enfants ont été renvoyés à domicile, quittant du jour au lendemain la structure de l'hôpital alors qu'un bilan médico-psycho-social était en cours; des questions d'adéquation parentale et d'attachement étaient pourtant soulevées. Dans ces cas de figure, l'équipe SOS-Enfants a maintenu des visites à domicile bi-hebdomadaires entre autres dans une visée de protection de l'enfant, certes bien imparfaite... Il semble que la société et en l'occurrence les structures de santé ne vivent essentiellement qu'au diapason de l'évolution d'un virus inconnu et de la guerre à lui

mener. Les autres aspects de la santé, dont l'état psychique et relationnel des individus, sont largement occultés par nombre de responsables et de professionnels quel que soit leur champ d'action et de compétence.

À côté de ces considérations, nous avons observé des éléments encourageants. Certaines familles nous ont étonnés alors qu'elles étaient suivies pour des dysfonctionnements parfois graves. Des parents, et le cas échéant des enfants, ont fait état d'une amélioration dans leur dynamique familiale. Comment comprendre cette évolution positive? En nous basant sur nos observations et sur les propos des patients, adultes et jeunes, nous pouvons raisonnablement faire état de quelques constats. Les mesures de confinement ont grandement levé le stress lié au monde extérieur. Il est vrai que le rythme de nos sociétés, rapide et exigeant, représente un élément fréquemment relevé par les adultes que nous rencontrons. La «routine infernale» du quotidien de nombre de familles alimente une forte pression sociétale. La réduction de ce stress, des tensions environnementales, a participé à la mise en place d'un certain apaisement au sein des familles. Au niveau de l'activité professionnelle, la généralisation du télétravail a permis aux parents, du moins à ceux qui disposent d'une occupation, d'organiser leur temps à leur meilleure convenance. Ces témoignages ne concernent évidemment pas tous les adultes... Quand les écoles sont fermées, le stress lié aux horaires, aux trajets, aux travaux scolaires est aussi réduit, avec comme conséquence favorable une atténuation des tensions familiales. Rappelons combien les temps des congés des jeunes (et des adultes!) amènent en général plus de détente dans les fonctionnements individuels et groupaux, comparativement aux périodes dites scolaires. Aussi capitales et structurantes soient-elles, les règles de vie,

certainement si elles sont oppressantes et récurrentes, génèrent beaucoup de tensions délétères. Un autre rythme de vie a permis le déploiement d'autres fonctionnements, de poser certaines choses... Obligés de rester confinés ensemble, parents et enfants ont, du moins pendant un certain temps, du plaisir à se retrouver. Un père a ainsi confié: «en fait, je courais tout le temps... je ne connaissais pas mon enfant... je passais mon temps à le gronder... maintenant j'ai appris à le découvrir... et il est super!».

Des parents ont fait eux-mêmes le constat d'une existence basée sur un fonctionnement opératoire sans réel temps de rencontre de l'autre, leur

enfant en l'occurrence. Le confinement autorise des découvertes familiales à travers de simples activités, par exemple ludiques. Par une logique circulaire, les enfants ont modifié en partie inconsciemment leurs attitudes devant des parents différents, inhabituels. Les tensions ayant diminué, les uns et les autres ont aménagé différemment leurs patterns interactionnels. Des mères nous ont confié à propos de leur enfant de 3 ans: «j'ai découvert un véritable interlocuteur... je ne m'étais pas rendu compte que mon enfant avait grandi...» En écho, l'enfant a gagné en confiance en soi et s'est montré intéressé à interagir positivement avec le parent. Il en découle quelques évidences, comme la manière d'énoncer les règles inévitables

de la vie familiale ou scolaire: une première qui est une humiliation et une seconde qui peut être une relation humaine. Quand un individu, quel que soit son âge, est sécurisé, ses métabolismes changent. Il sécrète moins de substances de stress et l'on voit à quel point la relation modifie le corps. Sur un autre plan, pour certains adultes, les règles sanitaires ont réduit leur sentiment de se percevoir comme marginaux: «en fait, comme tout le monde doit rester chez soi, je me sens moins bizarre et différent... je me sens bien, à l'aise à la maison... je n'ai pas besoin de sortir». En complément, la peur collective liée à la menace du Covid-19 les a rassurés sur une forme de «normalisation» de leurs pensées et angoisses. De même, des enfants et adolescents, aux prises avec des idéations phobiques massives, ont été soulagés de la levée de l'obligation de fréquentation scolaire. Leur situation s'est d'une certaine façon «normalisée» au point où la détente et l'apaisement ont permis d'aborder des aspects personnels jusque-là recouverts par les angoisses. Le confinement a également conduit à des regroupements familiaux réunissant plusieurs générations; ici encore, un autre rythme de vie et la levée du stress ont autorisé de belles rencontres et la découverte de relations autrement épanouissantes. Loin de verser dans un angélisme inapproprié, la crise et les retombées inhérentes à celle-ci ne comportent pas que des côtés péjoratifs. L'obligation de



De nombreuses familles vulnérables ont vu augmenter leur niveau d'angoisse!

 **plegridy**<sup>®</sup>  
(peginterferon beta-1a)

confinement a réellement amené des «matériaux intrapsychiques et relationnels» constructifs qu'il y a lieu de consolider. Ceci étant, il est évident que la période de déconfinement remet en place d'autres fonctionnements, déstabilisant par essence les équilibres fragiles. Il s'avère en conséquence essentiel de placer sans tarder l'énergie professionnelle dans l'accompagnement médico-psycho-social des systèmes vulnérables en s'appuyant sur l'expérience unique de ces quelques mois.

**Le monde sans limite auquel nous «collaborons» depuis près d'un demi-siècle ne pouvait qu'aboutir à produire cet «immonde sans limite» dont nous nous lamentons aujourd'hui.**

*JP Lebrun*

## Pour conclure

Dans le domaine des maltraitances infanto-juvéniles, la prévention s'étayant sur une approche multisectorielle est incontournable (13, 14). Les programmes efficaces sont ceux qui apportent un soutien aux parents. Par ailleurs, afin que le travail de prévention et la prise en charge aient le maximum d'efficacité, l'OMS recommande que les interventions aient lieu dans le cadre d'une approche de santé publique en 4 étapes: définition du problème,

identification des causes et des facteurs de risque, conception et expérimentation d'interventions destinées à minimiser les facteurs de risque, diffusion d'informations concernant l'efficacité des interventions et extension de celles qui ont fait leurs preuves (15, 16).

Terminons en prenant une autre hauteur, en suivant l'invitation de JP Lebrun à repenser notre rapport à la limite. Dans son dernier ouvrage, il fait le constat qu'il nous faut avoir le courage de reconnaître que le monde sans limite auquel nous «collaborons» depuis près d'un demi-siècle ne pouvait qu'aboutir à produire cet «immonde sans limite» dont nous nous lamentons aujourd'hui (17). D'après lui, nous sommes confrontés actuellement aux conséquences d'un raz-de-marée dont l'origine serait l'estompement dans le discours sociétal de la négativité inscrite dans la condition de l'être parlant. Lebrun observe que la limite, sous l'influence des sciences et des techniques, n'est plus progressivement perçue que comme une entrave au développement des possibles aussi bien qu'au déploiement de chaque individualité. Pourtant, la limite, loin d'être seulement une limitation, est la condition irréductible pour qu'existe du tiers (18). Il rappelle aussi que les mots constituent la tiercéité définitoire de notre humanité; en d'autres termes, les mots sont en eux-mêmes des limites. Cette crise permettra peut-être de repenser notre manière d'être et de nous énoncer... (19, 20).

## Références

1. de Becker E, Maertens M-A. Le devenir de l'enfant victime de maltraitance sexuelle. *Annales Médico-Psychologiques* 2015;173(9):805-14.
2. Hayez JY, de Becker E. L'enfant victime d'abus sexuel et sa famille. Évaluation et traitements. Paris, PUF, 1997.
3. Ehrenberg A. La Société du malaise, Odile Jacob, 2012.
4. Ogloff JRP, Cutajar MC, Mann E, Mullen P. Child sexual abuse and subsequent offending and victimisation: A 45 year follow-up study. *Trends and Issues in Crime and Criminal Justice*. Canberra: Australian Institute of Criminology 2012; N° 440.
5. Organisation mondiale de la santé. Preventing violence through the development of safe, stable and nurturing relationships between children and their parents and caregivers. *Violence prevention: the evidence*. Genève, Suisse: Organisation mondiale de la Santé, 2009.
6. Haesevoets YH. Regard pluriel sur la maltraitance des enfants. Belgique: Ed. Kluwer, 2003.
7. Haesevoets YH L'enfant victime d'inceste De la séduction traumatique à la violence sexuelle De Boeck, 2015.
8. Godelier M. Métamorphoses de la parenté. Fayard, 2004.
9. de Becker E, Hayez J-Y. La pédophilie. Collection Que penser de?, Paris et Namur, éditions Jésuites 2018.
10. Denis H. Traiter les troubles anxieux chez l'enfant et l'adolescent. Du diagnostic à la prise en charge, Dunod 2017.
11. Delion P. Être porté pour grandir, temps d'arrêt, Fédération Wallonie-Bruxelles, 2019.
12. Roskam, I. Parentalité et diversité culturelle. *La Revue du REDIF*, 2010, 3, 61-67.
13. Braconnier A. Optimiste. Odile Jacob, 2015.
14. Hayez JY, de Becker E. La parole de l'enfant en souffrance: accueillir, évaluer et accompagner, Dunod, 2010.
15. González MR, Trujillo A, Pereda N. Corporal punishment in rural Colombian families: Prevalence family structure and socio-demographic variables. *Child Abuse Neglect* 2014;38(5):909-16.
16. de Becker E. La pleine conscience comme premier temps thérapeutique des troubles anxieux chez l'enfant, *Annales Médico-Psychologiques*, Doi: 10.1016/j.amp.2019.10.011.
17. Lebrun JP. Un monde sans limite, Erès, Paris, 2020.
18. Lebrun JP. Un monde sans limite. Erès (2<sup>e</sup> éd.), 2011.
19. Julliard A-D. Deux petits pas sur le sable mouillé, Les Arènes, 2011.
20. Julliard A-D. Une journée particulière, Les Arènes, 2013.

**AVONEX<sup>®</sup>**  
(interferon beta-1a)