

Défi

Revue professionnelle du Conseil multidisciplinaire

Jeunesse →

VOL. XIII

NO 3

JUIN 2007



Témoignage : La croisée des chemins

Le syndrome du bébé secoué

De la relation d'aide à la relation d'êtres



Conseil multidisciplinaire
du Centre jeunesse de Montréal
Institut universitaire

Sommaire



Témoignage

» La croisée des chemins

Jonathan (nom fictif)

2

» Un traumatisme crânien pas comme les autres : le syndrome du bébé secoué

Sylvie Fortin, Dr Gilles Fortin

4

» De la relation d'aide à la relation d'êtres

Christophe Gagnon

17

COMITÉ DE LA REVUE

Christian Fortin, Danièle Gauthier, Isa lasenza,
Josette Laframboise, Jean-Luc Secours, Geneviève
Turcotte

Ont collaboré à ce numéro

Gilles Fortin, Sylvie Fortin, Christophe Gagnon,
Jonathan

Photo de la ruelle sur la couverture

Pierre Raza, artiste peintre

Aquarelle

Alexandra Le Corné

Rédactrice en chef

Danièle Gauthier

Graphisme et impression

ACOR

Secrétariat

Murielle Bouchard, Vicky Bouchard

Dépôt légal

Bibliothèque nationale du Québec
ISSN 1201-009-X
Le Centre jeunesse
de Montréal-Institut universitaire



Imprimé sur papier recyclé.

POLITIQUE ÉDITORIALE

La revue professionnelle *Défi jeunesse* est publiée par le Conseil multidisciplinaire du Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire à raison de trois numéros par année.

Les objectifs visés par la publication de cette revue sont :

Promouvoir le développement professionnel en lien avec l'intervention et la réflexion. Dans un contexte multidisciplinaire, assurer et valoriser l'identité professionnelle spécifique à chaque discipline. Permettre l'intégration des nouvelles orientations du Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire. Favoriser l'étendue du rayonnement professionnel. Accroître le sentiment d'appartenance. Faire valoir les différentes expériences de partenariat.

Critères de publication :

CONTENU / La revue publie des articles de fond (théorie, réflexions, études, recherches, recherches-action, analyses...), des textes portant sur des expériences professionnelles pratiques (projets, nouveaux modes d'intervention) et diverses chroniques à contenu clinique telles des notes de lecture, des chroniques juridiques, des chroniques événements et des entrevues. **MANUSCRIT INÉDIT** / La revue ne publie que des manuscrits originaux. **FORMAT** / Les articles soumis à la revue professionnelle doivent être dactylographiés à double interligne, sur papier format lettre dans une police de 12 points. L'article contient au maximum 10 pages. L'auteur envoie au comité de la revue une version électronique du texte sur traitement de texte compatible avec Microsoft Word Office à l'adresse mentionnée plus bas. Un guide pour la présentation des articles est disponible sur demande.

ÉVALUATION / Tous les articles sont soumis au comité de la revue qui a l'entière responsabilité de décider de publier ou non un article. Le comité se réserve aussi le droit de changer les titres et les sous-titres des articles sans avis à leur auteur. **OPINION DE L'AUTEUR** / Les opinions contenues dans les articles n'engagent que leur auteur.

REPRODUCTION / Toute reproduction est autorisée avec mention de la source. **REDEVANCES** / Toute soumission d'un texte original pour publication dans la revue *Défi jeunesse* implique le transfert des droits d'auteur au Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire.

Le comité offre deux exemplaires de la revue aux auteurs des articles publiés.

Avez-vous des
commentaires sur
la revue ? Si oui,
veuillez nous les faire
parvenir à l'adresse
mentionnée ci-dessous.

DANIÈLE GAUTHIER,
RÉDACTRICE EN CHEF

Comité de la revue *Défi jeunesse*
4675, rue Bélanger Est
Montréal (Québec) H1T 1C2

Code de courrier interne : 40

Téléphone : (514) 593-2118
Télécopieur : (514) 593-2113

Courrier électronique :
conseilmulti@cjm-iu.qc.ca



LA CROISÉE DES CHEMINS

IL NOUS FAIT PLAISIR DE PUBLIER DANS CE NUMÉRO DE *DÉFI JEUNESSE* LE TÉMOIGNAGE D'UN JEUNE AYANT REÇU DES SERVICES AU CENTRE JEUNESSE DE MONTRÉAL-INSTITUT UNIVERSITAIRE. AFIN DE BIEN RESPECTER LES NORMES EU ÉGARD À LA CONFIDENTIALITÉ, LE NOM DU JEUNE A ÉTÉ CHANGÉ ET EST FICTIF.

Jonathan (nom fictif)

Les jeunes de ma génération semblent de moins en moins posséder des valeurs qui les guident dans leur cheminement. Il est certes possible que l'environnement de certains ne soit pas idéal, mais il serait trop facile de blâmer seulement l'environnement familial ou les fréquentations pour expliquer le problème que représente la délinquance juvénile dans la région de Montréal. Je suis moi-même, ou du moins aime bien le croire, un ex-jeune contrevenant. J'ai passé 14 mois dans les centres jeunesse de Montréal, dont 13 furent au Mont Saint-Antoine, à l'unité La Place. J'ai appris beaucoup au cours de ce séjour. Notamment, j'ai appris que ce n'est pas la durée du placement qui détermine le changement observable chez le jeune, mais plutôt le degré de motivation

IL SERAIT TROP FACILE DE BLÂMER SEULEMENT L'ENVIRONNEMENT FAMILIAL OU LES FRÉQUENTATIONS POUR EXPLIQUER LE PROBLÈME QUE REPRÉSENTE LA DÉLINQUANCE JUVÉNILE DANS LA RÉGION DE MONTRÉAL.

de celui-ci soutenu par une expertise de personnes dont le but est d'aider les jeunes à s'en sortir. Lorsque je suis entré au centre jeunesse de Cité des Prairies, j'étais loin de représenter un citoyen modèle. Une dizaine de vols qualifiés, consommation quotidienne de cocaïne, de cannabis, de pilules, d'alcool... Je dirais même qu'au cours du mois que j'ai passé à la Cité, je ne réalisais pas encore du tout les conséquences que mes actes irréfléchis avaient entraînées. J'avais 17 ans et 9 mois lorsque je me suis présenté en Cour afin de connaître la sentence

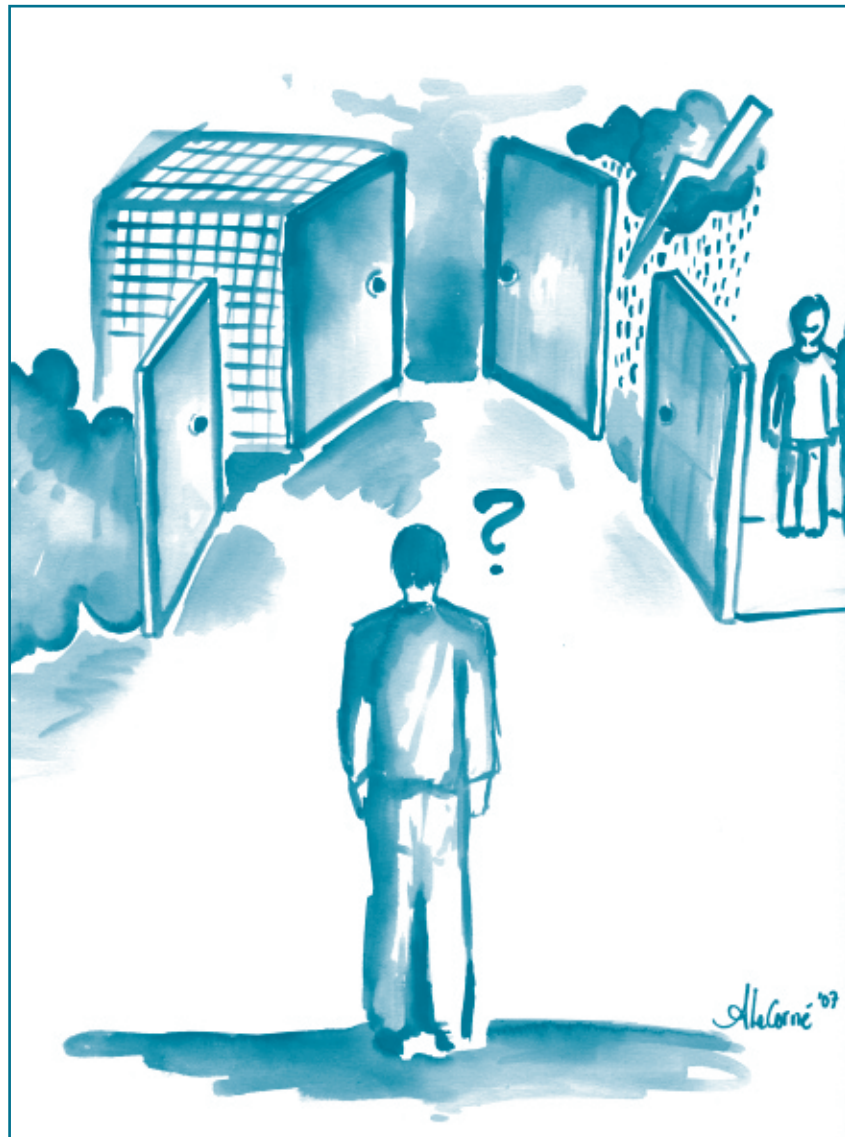
qui me serait attribuée en lien avec les crimes que j'avais perpétrés. À la croisée des chemins, direz-vous, je le crois aussi. Le verdict est tombé ce 12 janvier 2006 : 23 mois de placement en garde ouverte dont le dernier tiers sera purgé en surveillance dans la collectivité. Je crois que c'est à ce moment-là qu'une partie du déclin s'est fait. Ce que j'avais fait était grave et j'allais devoir en assumer pleinement les conséquences. Il allait falloir oublier l'équipe de soccer et l'inscription au Cégep Gérald-Godin pour la session d'hiver 2006. Les premiers mois ne furent pas faciles et ce, par ma faute. Je n'étais pas habitué à me faire dicter quoi faire et je maintenais une attitude d'opposition aussitôt que je sentais ne pas avoir le contrôle sur une situation. Peu à peu, j'ai appris à me valoriser à travers mon stage aux Ateliers de Formation et d'Initiation au Travail où j'ai donné mon maximum jour après jour. J'ai aussi appris à faire confiance à mon éducateur de suivi et réalisé qu'il n'était pas là pour me causer des problèmes (j'avais assez bien réussi cela par moi-même), mais plutôt pour m'aider à m'en sortir. Je dois avouer que les longues ordonnances de garde peuvent s'avérer utiles pour les jeunes qui ont le désir de s'en sortir enfoui en leur for intérieur. On m'a fourni tous les outils nécessaires afin de susciter le désir de changement. Que ce soit au travers des activités cliniques que j'ai suivies telles le *Programme d'alternative à la violence* qui m'a appris à ne pas réagir de façon aussi impulsive et de canaliser ma frustration pour la déplacer dans une activité plus saine comme le sport. L'activité de développement du jugement moral m'a permis de réaliser que des valeurs que mes parents avaient mis tant d'efforts à m'inculquer avaient



disparues de mon jugement. Il est important de conscientiser un jeune, car sans questionnement, il y aura rarement désir de changement. De plus, j'ai aussi suivi le *Programme d'habiletés sociales* ainsi que le *Programme de résolution de problèmes* qui peuvent s'avérer extrêmement utiles pour des jeunes ayant grandi dans des milieux plus problématiques et où la violence est omniprésente et le respect est synonyme de délinquance. Ensuite, l'activité qui s'avéra la plus importante dans mon cas fut le groupe de réflexion sur les drogues. Elle me permit de faire une introspection afin de réaliser que la drogue, qui avait occupée une place importante dans ma vie au cours des dernières années, ne m'avait apporté en majorité que des problèmes, des pertes. La plus grande perte fut probablement la perte de ma liberté. Suite à cette réflexion, j'ai eu l'opportunité de débiter une thérapie au niveau de la toxicomanie au pavillon jeunesse du Centre Dollard-Cormier. De plus, il m'a été possible de réintégrer le cégep. Mon choix était définitif : je voulais pouvoir être fier de ce que j'allais accomplir. Ma thérapie a avancé et la session collégiale aussi. Ces deux aspects de ma vie s'avèrent fructueux. J'obtins un bon nombre de réponses relativement à mon problème de consommation et maintiens une moyenne générale de 86 % pour les cinq cours que je suivis. J'ai réappris à me faire confiance et à me pousser au maximum pour réussir ce que j'entreprends. Le 15 février 2007, je suis passé en Cour dans le cadre d'une révision statutaire afin d'évaluer la possibilité d'une libération sous conditions pour la période restante avant le début de la surveillance. Je dois avouer que j'ai grandement apprécié l'appui que m'a témoigné le personnel des éducateurs qui ont recommandé que mon placement se termine plus tôt. Je suis maintenant

de retour à la maison et je tiens à remercier tous les gens qui ont été là pour moi. Mes parents, bien sûr, qui ont continué de me soutenir malgré les actes que j'avais commis, mais aussi les éducateurs qui mettent des efforts, jour après jour, afin d'aider des jeunes à désirer une meilleure vie. Je réalise que ce travail ne doit pas être facile. J'espère donc que

toute personne cherchant à aider les jeunes qui posera les yeux sur ce texte se sentira spéciale, car vos efforts rapportent. Vous avez permis de changer une vie, n'est-ce pas là un miracle dont ne peuvent se vanter la majorité des êtres humains sur cette planète ? Alors, encore merci et ne lâchez pas. <



Cet article suscite chez vous des réactions, des commentaires, des réflexions. Le comité de la revue *Défi jeunesse* aimerait vous lire. N'hésitez pas à les lui faire parvenir par courrier ou courriel aux adresses indiquées sur la page du sommaire.

UN TRAUMATISME CRÂNIEN PAS COMME LES AUTRES :

LE SYNDROME DU BÉBÉ SECOUÉ

LE SYNDROME DU BÉBÉ SECOUÉ (SBS) NOUS SEMBLE UNE RÉALITÉ CLINIQUE TRÈS CONTEMPORAINE, MAIS IL N'EN EST RIEN.



Sylvie Fortin, inf. M. Sc, Dr Gilles Fortin, MD, CHU Sainte-Justine

En effet, c'est au 19^e siècle que Tardieu (1879, cité par Roche et coll., 2005) éveille les premiers soupçons. En tant que pathologiste, il décrit des fractures du crâne comportant des évidences de saignement en surface du cerveau chez de très jeunes enfants décédés. Plus d'un siècle plus tard, Caffey (1946, 1972), puis Gulkech (1971) décrivent des enfants avec des lésions similaires. Ils ont démontré l'existence du SBS alors appelé *whiplash shaken baby syndrome*. Caffey décrit ainsi pour la première fois la constellation des lésions intracrâniennes inexplicables et avance l'hypothèse du mécanisme en cause : soit le secouement de l'enfant.

Depuis, une multitude de termes se sont succédés pour décrire le SBS. On parle ici de syndrome de secouement par impact (*shaken impact syndrome*), de traumatisme crânien infligé (*inflicted head trauma or injury*), de traumatisme crânien non accidentel (*non-accidental head trauma or injury*), de trauma crâniocérébral ou encore plus récemment de neurotrauma. Cependant, le terme syndrome du bébé secoué est largement utilisé et englobe les bébés, les nourrissons ou les enfants (Santé Canada, 2001). Le SBS n'est donc pas un traumatisme crânien comme les autres puisqu'il faut, entre autres, le qualifier d'infligé ou de non accidentel et que par ailleurs, il est une des formes les plus sévères de mauvais traitements infantiles.

Cet article vise donc à décrire le SBS afin de connaître les lésions et symptômes qui apparaissent, mais aussi à comprendre comment les mouvements de secousses peuvent entraîner tant de lésions au cerveau. Certaines

bases anatomiques nous permettent d'illustrer la mécanique d'apparition des lésions. De plus, l'intervention est abordée sous l'angle des différents professionnels impliqués dans les situations de SBS. Il s'agit des intervenants de la santé et des services sociaux ainsi que les intervenants associés à la justice. Par ailleurs, cet article se veut aussi le moyen de transmettre des pistes d'interventions de prévention. Ainsi, ce texte se compose de trois principales parties. Premièrement, la description du SBS est présentée, par la suite l'intervention médico-sociale légale est abordée et enfin, des moyens de prévenir le SBS sont discutés.

DESCRIPTION

Les statistiques précises quant au SBS sont presque impossibles à présenter sans failles. Les chiffres sont parfois tirés d'études d'incidence des cas rapportés en protection de l'enfance, parfois issus d'une enquête sociale auprès des familles en général ou encore de façon plus pointue, l'incidence a été mesurée à partir d'une revue des dossiers médicaux. En comparant les données obtenues à partir de ces différentes sources d'information, un écart évident apparaît. Par exemple, en 1998, sur 600 signalements aux agences canadiennes de protection de l'enfance pour suspicion de SBS, 354 enfants ont été considérés victimes, dont 189 corroborées et 165 présumées (Trocmé, Mac Laurin, Fallon, Daciuck, Billingsley, Tourigny *et al.*, 2001). L'étude d'incidence a été reprise en 2003 et rapporte 1 % de traumatisme crânien (n : 247) parmi les cas de violence physique (Mac Laurin, Trocmé, Fallon,



Chaze, Black, et Lajoie, 2005). Par ailleurs, une enquête québécoise concernant les méthodes de disciplines utilisées par les mères révèle que 5 % des mères ont recours au geste de secouement une fois par année et que 1 % de celles-ci le ferait plus de six fois par année (Institut de

premières stratégies sont de prendre le nourrisson, de le changer de couche, de l'allaiter ou de lui offrir un biberon. Cependant, l'inefficacité de ces premières actions peut refléter l'impuissance de la personne à consoler le petit (Fortin, 2004). Selon la situation, si les pleurs du nourrisson

études ont expérimenté ces mouvements de secousses sur des modèles biomécaniques de type poupée. Il est ainsi démontré que rapidement et successivement, le menton du nourrisson percuterait le thorax à l'avant et que l'occiput (proéminence postérieure du crâne) frapperait le dos. Toutefois, la tête fait aussi des mouvements rotatoires. Entre autres, dû à la faiblesse des muscles du cou du nourrisson, ces mouvements de secousses ne vont pas que dans un axe (avant-arrière), mais dans tous les axes. Bien que seulement 12 % des agresseurs avouent leurs gestes (Lazoritz, Baldwin et Kini, 1997), ceux-ci décrivent les mêmes mouvements (Biron et Shelton, 2005).

CEUX-CI ONT RÉPERTORIÉ 364 CAS DE SBS SUR UNE PÉRIODE DE 10 ANS DONT UNE MOYENNE DE 3.3 PAR ANNÉE POUR LE CHU SAINTE-JUSTINE

la Statistique du Québec, 1999). Une étude rétrospective pancanadienne a été effectuée par King et MacKay (2000) à partir des dossiers médicaux. Ceux-ci ont répertorié 364 cas de SBS sur une période de 10 ans dont une moyenne de 3.3 par année pour le CHU Sainte-Justine, alors qu'en 2002-2003, les professionnels de ce même centre hospitalier ont soigné 16 cas de SBS. Enfin, on peut estimer sans erreur qu'au Québec il y a environ 30 cas de SBS par année. Il est donc approprié d'interpréter ces chiffres avec nuance et prudence. Ce n'est pas tant le nombre, mais la complexité et les conséquences de ce syndrome qui en font son importance.

retentissent de plus en plus, l'impuissance se transforme progressivement en ressentiment envers le bébé. « Le bébé fait maintenant exprès pour pleurer, et il pleure pour me déranger ». La personne en vient à se sentir agressée par les pleurs du nourrisson. Ainsi, les prochaines stratégies visent davantage à faire cesser les pleurs qu'à consoler le bébé. Ces stratégies risquent alors d'être inappropriées, car elles permettent à la personne d'évacuer un stress accumulé. Envahi par ses pensées, qui

Lésions à la tête : au cerveau

Ces mouvements de rotation, d'accélération-décélération et d'impact provoquent des lésions au cerveau. En effet, ces mécanismes font balancer la tête du nourrisson dans tous les sens ce qui entraîne les mêmes mouvements pour le cerveau. Or, c'est

LE GESTE DE SECOUEMENT EST DIT VIOLENT ET EXTRÊME, PARCE QUE TOUTE PERSONNE QUI SERAIT TÉMOIN DE CE GESTE SAURAIT QU'IL EST DANGEREUX POUR LE BÉBÉ (SANTÉ CANADA, 2001).

LE SYNDROME DU BÉBÉ SECOUÉ

Le SBS est un geste de violence sévère porté à l'égard d'un jeune enfant. Dans la majorité des cas, la victime est de moins d'un an (Ettaro, Berger et Songer, 2004) et 50 % ont moins de 6 mois (Starling, Holden et Jenny, 1995). Outre les pleurs, un nourrisson de quelques mois a bien peu de moyens pour s'exprimer. Ainsi, les pleurs persistants du nourrisson apparaissent le principal élément déclencheur du SBS. La personne en charge de l'enfant essaie des stratégies pour répondre aux besoins perçus du nourrisson et tente ainsi de consoler le bébé. Comme bien des parents, les

l'amènent dans un état de grande fébrilité, la personne prend le nourrisson sous les bras, par le thorax (Duhaime, Christian, Rorke, et Zimmerman, 1998 ; Conway, 1998) ou même au niveau des hanches et le secoue violemment jusqu'à ne plus entendre de pleurs...

Mouvement de la tête

Le geste de secouement est dit violent et extrême, parce que toute personne qui serait témoin de ce geste saurait qu'il est dangereux pour le bébé (Santé Canada, 2001). En effet, ce geste entraîne un mouvement de rotation et d'accélération-décélération brusque de la tête, et ce, avec ou sans impact (Barlow et Minns, 2000). Certaines

précisément au niveau du cerveau et des yeux que les principales lésions vont survenir. Il s'agit plus essentiellement, d'hématome sous-dural, d'œdème cérébral et d'hémorragie rétinienne. Voici la description de ces trois lésions et comment elles surviennent.

Hématome sous-dural

L'hématome sous-dural (HSD) est un saignement qui apparaît en surface du cerveau et qui est provoqué par la rupture des veines perforantes. Ces veines sont dites perforantes ou veines ponts. Ces veines sont ainsi nommées en raison de leur localisation anatomique. De façon imagée, ces veines relient la matière

cérébrale aux enveloppes externes du cerveau que l'on nomme : les méninges. Les méninges sont de très minces membranes superposées qui recouvrent le cerveau. On peut y distinguer trois types de membranes : la dure-mère, l'arachnoïde et la pie-mère. Or, dans le SBS, le saignement dans la tête, appelé hématome sous-

Dans le SBS, le secouement du cerveau blesse les neurones qui enflent alors rapidement. Ainsi apparaît la deuxième lésion caractéristique du SBS : l'œdème cérébral (OC). De plus, selon la sévérité des lésions, l'œdème cérébral aigu peut à son tour entraîner un dommage axonal diffus. Le dommage axonal

lésions cérébrales en ce sens que l'œil serait aussi secoué dans sa cavité. En effet, l'œil est situé dans une cavité orbitale osseuse tout comme le cerveau se trouve à l'intérieur de la boîte crânienne. On pourrait dire que chacun flotte dans sa cavité. Lors des secousses, l'œil est ballotté en tous sens entraînant la rupture de petits vaisseaux sanguins dans le fond de l'œil, précisément dans la rétine. Bechtel, Stoessel, Leventhal, Ogle *et al.* (2004) ont développé des caractéristiques qui leur permettent de différencier les traumatismes crâniens infligés (TCI) des traumatismes crâniens accidentels (TCA). Parmi 87 enfants de moins de 2 ans recrutés lors de leur hospitalisation, 15 ont été classés TCI et 72 sous un TCA. Les principales différences apparaissent au niveau du saignement dans les yeux (hémorragie rétinienne). Soixante pour cent des TCI présentent des hémorragies rétiniennes (HR) dont 40 % dans les deux yeux (bilatérales) alors que seulement 10 % des TCA présentent des HR. Par ailleurs, les victimes de TCI démontrent aussi des signes d'hémorragie prérétinienne, parfois étendue en périphérie de la rétine alors qu'aucun cas de TCA n'en a présenté (Bechtel, Stoessel,

IL EST IMPORTANT DE PRÉCISER QU'IL PEUT Y AVOIR PLUS D'UN HÉMATOME SOUS-DURAL TOUCHANT ALORS PLUSIEURS RÉGIONS DU CERVEAU ET QUE CEUX-CI PEUVENT ÊTRE D'ÂGE DIFFÉRENT.

dural apparaît spécifiquement dans l'espace sous-dural soit entre la dure-mère et l'arachnoïde. Il est important de préciser qu'il peut y avoir plus d'un hématome sous-dural touchant alors plusieurs régions du cerveau et que ceux-ci peuvent être d'âge différent.

Œdème cérébral

Alors que l'hématome sous-dural survient en surface du cerveau, la seconde lésion reliée au SBS soit l'œdème cérébral constitue, elle, une réaction des cellules nerveuses contenues à l'intérieur même du cerveau.

Le cerveau comprend différentes structures soient les deux hémisphères, droit et gauche, le cervelet ainsi que le tronc cérébral. Les hémisphères cérébraux sont constitués essentiellement de substance blanche et de substance grise, cette dernière héberge des millions de cellules nerveuses. Chaque cellule nerveuse est formée d'un noyau, d'un axone et de dendrites. L'axone est un prolongement de la cellule nerveuse qui permet la transmission d'influx nerveux ou de commande du corps. Or, tous les mouvements du corps humain (même la respiration) passent par la transmission d'un influx nerveux qui chemine par les axones des cellules nerveuses ou neurones.

diffus (DAD) signifie qu'il y a une atteinte au niveau des axones. Ce dommage peut aller jusqu'à la rupture de l'axone. S'il y a rupture de l'axone, le message qu'il porte ne se rend pas et la cellule nerveuse ne survit pas. Dans le SBS, la présence de dommage axonal diffus est interprétée comme un indice de la sévérité des séquelles à venir pour l'enfant.

Par ailleurs, outre l'hématome sous-dural et l'œdème cérébral, l'hémorragie rétinienne est une lésion très significative dans le SBS (Levin, 2003). En effet, il y a présence d'hématome sous-dural chez 65 % à 86 % des cas

OUTRE L'HÉMATOME SOUS-DURAL ET L'ŒDÈME CÉRÉBRAL, L'HÉMORRAGIE RÉTINIENNE EST UNE LÉSION TRÈS SIGNIFICATIVE DANS LE SBS.

(Duhaim, 1998 ; Jenny *et al.*, 1999), 40 % et plus démontre de l'œdème cérébral (King, MacKay, Sirnick *et al.*, 2003) alors qu'en moyenne dans 80 % des cas, il y a présence d'hémorragie rétinienne (Levin, 2003).

Hémorragie rétinienne

Selon Levin (2003), il est possible d'identifier la présence d'hémorragie rétinienne dans 50 % à 100 % des cas de SBS. Le mécanisme d'apparition de l'hémorragie rétinienne est similaire à l'apparition des autres

Leventhal, Ogle *et al.*, 2004). Levin (2003) précise que la suspicion de SBS s'accroît en présence d'œdème de la papille ou de rétinopathie. Ces deux lésions semblent assez spécifiques du SBS et peuvent être identifiées lors de l'examen du fond d'œil par l'ophtalmologiste pédiatrique.

De plus, les mouvements de secousses brusques peuvent aussi occasionner des saignements au niveau du nerf optique. Enfin, il est pertinent de souligner que les hémorragies

réiniennes ne sont pas visibles à l'œil nu par quiconque ; un examen ophtalmologique est requis.

Symptômes

Dans les cas de SBS, les symptômes sont non spécifiques parfois insidieux et progressent en fonction de l'étendue et de la sévérité des lésions. En effet, il est important de noter que la rapidité d'apparition des symptômes est proportionnelle à la sévérité des lésions au cerveau (AAP, 2001 ; Santé Canada, 2001). L'étude rétrospective de dossiers médicaux de King *et al.* (2003) a retracé 364 cas de SBS dont l'âge varie entre 7 jours et 58 mois. Parmi ceux-ci, 45 % ont présenté des convulsions, 43 % une altération de l'état de conscience et 34 % des difficultés respiratoires. L'irritabilité, la léthargie, les vomissements et l'apnée sont notés dans des proportions qui varient entre 25 % et 21 % (King *et al.*, 2003). Le tableau 1 présente les symptômes progressifs qui peuvent survenir lors de secousses envers le nourrisson. Aussi, les expressions utilisées par les personnes pour décrire ces symptômes sont mises en parallèle. Ces expressions sont tirées d'expérience clinique dans les cas de SBS mais demeurent suggestives sans être spécifiques au SBS.

Il est important de laisser la personne décrire dans ses mots ce qui s'est passé pour éviter d'être suggestif dans nos questions.

Il est important de préciser que l'enfant qui a subi un traumatisme crânien peut vomir dû à la progression de la pression dans sa tête (hypertension intracrânienne). Cependant, les enfants victimes de trauma crânien accidentel ou non, ne présentent habituellement pas de diarrhée ni de température telles que retrouvées par exemple dans le cas d'une gastro-entérite. Par ailleurs, l'expression « c'est comme si ces yeux étaient plus grands », signifie que les



TABLEAU 1 : Progression des symptômes d'un traumatisme crânien tel que le SBS associés aux expressions des personnes auprès de l'enfant

Symptômes	Expressions associées
Perte de conscience	« Il est devenu tout mou. » « Elle est tombée subitement endormie. »
Irritabilité	« Il n'est pas comme d'habitude ; il chigne... pourtant, il n'est pas chaud » (en référence à « il ne fait pas de température »).
Somnolence	« Il me semble moins bien réveillé... » « Il dort plus que d'habitude... s'endort avant d'avoir fini son biberon, il n'a jamais fait cela. »
Vomissement	« Je ne sais pas ce qu'il a ? Il n'a pas voulu prendre le biberon et a même vomi son lait et dort depuis. » « Il est tombé du sofa et a vomi sans arrêt... son lait sortait par son nez et par sa bouche en même temps » (pas de diarrhée associée).
Difficulté à respirer	« On dirait qu'il s'étouffe. » « Il a comme arrêté de respirer tout d'un coup. » « Il est devenu bleu et a cessé de bouger... mais il a été correct après » (les gens parlent des lèvres de la bouche bleues).
Tremblements, Convulsions	« Il <i>shakait</i> de partout. » « Il avait les yeux à l'envers... il est devenu raide. »
Léthargie, Coma	« Je suis allé le chercher dans son lit, il ne bougeait pas. C'est comme si ces yeux étaient plus grands, il me fixait mais sans mouvements. J'ai mis ma main et il n'a même pas fermé les yeux. Là, il était vraiment "mou comme une guenille", sa tête tombait » (par en-arrière ou par en-avant).
Arrêt cardio-respiratoire (décès)	« Il ne bougeait pas. Il ne respirait pas. Je lui ai fait le bouche à bouche. J'ai pesé sur son ventre, mais le lait sortait encore. » « J'ai essayé de le réanimer. Il était froid quand je l'ai pris. »

pupilles de l'enfant sont en mydriase. Les pupilles en mydriase sont donc largement dilatées et apparaissent souvent fixes. Ce signe clinique est associé à une atteinte cérébrale sévère. Il faut alors agir de façon urgente. Dès que la personne décrit un ou plusieurs de ces symptômes, l'enfant doit être référé à une équipe de pédiatrie d'urgence (l'infirmière clinicienne et un pédiatre).

Lésions externes sur le corps

La personne ayant perdu le contrôle, secoue le bébé. Par la suite, il est probable qu'elle ne le dépose pas doucement dans son lit. Pourtant, dans les cas de SBS même avec un impact de la tête ou du corps de l'enfant, près d'une victime sur deux ne présente pas de lésions externes (King *et al.*, 2003).

Cependant, parmi les lésions qui pourraient être visibles extérieurement, on retrouve les ecchymoses (46 %), les abrasions (14 %), les brûlures (1 %) et les lésions à l'intérieur de la bouche (1 %) (King *et al.*, 2003). La localisation des lésions externes est aussi très importante. En effet, dans une étude rétrospective visant à préciser la localisation des ecchymoses dans les cas de traumatisme cérébral non accidentel, 19 % des ecchymoses apparaissaient au visage, 10,9 % à l'arrière de la tête, 11,5 % au dos et 25 % au niveau des fesses (Jenny, 2001 cite Atwal *et al.*, 1998).

Dans un spectre plus large, le SBS est une forme de violence physique sévère. Or, l'enquête canadienne quant à la violence physique faite aux enfants démontre que dans 71 % des cas de violence physique, aucune preuve apparente de sévices physiques n'a été constatée (Mac Laurin, Trocmé, Fallon, Chaze, Black, et Lajoie, 2005). Par ailleurs, cette enquête canadienne rapporte 1 % de traumatisme crânien (n : 247), 1 %

de fractures (n : 147) et 27 % d'ecchymoses-coupures ou d'écorchures (n : 6709) (Mac Laurin et coll., 2005).

La présence chez tout nourrisson d'ecchymoses ou de lésions abrasives au niveau du thorax (dos ou avant) ou de la tête, ou sur les joues, même petites, celles-ci sont douteuses, et doit nous alerter. En effet, il faut souligner que toute ecchymose présente chez un enfant qui ne marche pas, peu importe sa localisation, est suspecte et mérite une évaluation pédiatrique attentive. Il faut demeurer très vigilant surtout en l'absence de lésions externes. De plus, il faut considérer la possibilité de SBS face à un nourrisson qui présente de l'irritabilité et des vomissements en l'absence de diarrhée ou de fièvre.

LA PRÉSENCE CHEZ TOUT NOURRISSON D'ECCHYMOSES OU DE LÉSIONS ABRASIVES AU NIVEAU DU THORAX (DOS OU AVANT) OU DE LA TÊTE, OU SUR LES JOUES, MÊME PETITES, CELLES-CI SONT DOUTEUSES, ET DOIT NOUS ALERTE.

Enfin, le cumul de lésions internes (au cerveau, aux yeux, aux os) et la présence d'autres lésions externes entraînent des conséquences très graves pour le jeune enfant, pouvant handicaper son avenir.

Conséquences et séquelles

Le SBS est la forme de violence infantile qui entraîne le plus haut taux de mortalité chez les enfants de moins d'un an (Carbaugh, 2004 ; Barlow et Minns, 2000). La mortalité et la morbidité du SBS dépendent des variables telles que l'âge de l'enfant lors des secousses, la sévérité, le type et l'étendue des lésions au cerveau ainsi que la nature et la sévérité d'autres lésions associées (Michaud, 2001). Cependant, l'étude de King et coll. (2003) rapporte 19 % de décès alors que 59 % des victimes survivantes présentent des déficits neurologiques, visuels ou autres problèmes de santé. Quant à Barlow, Thompson,

Johnson et Minns (2005), ils précisent les séquelles à plus long terme d'un traumatisme crânien infligé tel que le SBS. En moyenne, les victimes de SBS ont un suivi médical de plus de 4 ans (59 mois). La majorité présente des séquelles. En effet, 68 % des victimes ont des séquelles où 36 % de celles-ci manifestent des séquelles sévères et demeurent totalement dépendants des soins de réadaptation. Parmi celles qui ont des séquelles neurologiques, 60 % présentent des déficits moteurs, 48 % des déficits visuels, et 20 % de l'épilepsie. Par ailleurs, plus des deux tiers des victimes (64 %) démontrent des troubles de la parole et des difficultés de langage alors que 52 % présentent des troubles du comportement (Barlow, Thompson, Johnson et Minns, 2005). Enfin,

bien que l'échantillon de sujet de cette étude soit limité (n = 25), les résultats permettent tout de même de confirmer un pronostic évolutif très pauvre pour les victimes du SBS.

INTERVENTION

Les situations de SBS nécessitent une intervention en partenariat où les informations de chacun sont complémentaires au diagnostic médical. Dans les faits, si le diagnostic de trauma crânien infligé est de compétence médicale, les circonstances et les motifs de sa survenue sont eux de compétence médico-légale. Ainsi, l'apport de chacun est essentiel. La prochaine partie traite brièvement de l'intervention des professionnels de la santé, de l'intervention sociale et de l'approche légale. Mais tout d'abord, il faut mentionner que l'intervention de chacun est modulée par la ou les

versions des événements qui sont rapportées par le présumé agresseur.

Agresseurs

La plupart des SBS sont commis par un des parents ou encore par celui qui prend soin de l'enfant tel que le conjoint ou la gardienne (Davies et Garwood, 2001). Selon King et coll., (2003), 66 % des agresseurs sont identifiés. De plus, selon six études rapportées par Klenens (2003), les agresseurs sont d'abord des hommes en majorité (entre 50 % et 72 %) des cas, mais aussi des femmes (9 % à 18 % des cas). Parmi les hommes, il s'agit d'abord de pères biologiques (37 % à 54 % des cas) suivi du conjoint de la mère (entre 3 % et 25 % des cas). Parmi les femmes, les gardiennes représentent entre 9 % à 21 % des agresseurs alors que seulement 15 % des mères sont l'auteure du geste de secousses. L'explication « fiable » des événements du SBS est obtenue dans 40 % à 74 % des cas (King et coll., 2003 ; Starling et Hoden, 2000). Cependant, les explications ou les versions fournies sont parfois inusitées et ne corroborent pas toujours les lésions objectivées.

Versions et allégations

Il est parfois étonnant de constater les versions rapportées par les agresseurs ou par les personnes rencontrées en vue de préciser l'histoire du trauma. En effet, plusieurs descriptions différentes de l'évènement peuvent survenir ou parfois aucune explication de l'évènement n'est fournie. Ainsi, la multiplicité des versions, la modification d'une version ou encore aucune explication deviennent les premiers indices de suspicion de SBS pour les professionnels.

En effet, Hettler et Greenes (2003) ont démontré le lien entre l'histoire initiale du trauma et le diagnostic de traumatisme crânien accidentel ou le diagnostic de traumatisme crânien infligé. En comparant, les deux

groupes de victimes soient : traumatisme crânien accidentel (TCA) et traumatisme crânien infligé (TCI), ils ont pu déterminer une spécificité et une valeur prédictive (OR) pour chaque histoire initiale rapportée. Parmi 163 cas de traumatismes crâniens, 30 % des cas ont été identifiés comme un traumatisme infligé donc un abus. Il en ressort que le fait qu'il n'y ait pas d'histoire explicative de l'évènement démontre une haute spécificité (0,97) avec un trauma infligé, ce qui est confirmé par une valeur prédictive très positive (0,92). Par ailleurs, lorsqu'une victime présente des anomalies neurolo-

LE BUT DES INTERVENANTS EN SANTÉ EST D'ABORD D'ÉVALUER LA SANTÉ GLOBALE DE L'ENFANT, DE LUI ADMINISTRER LES SOINS NÉCESSAIRES AFIN DE PRÉSERVER SA VIE.

giques persistantes et qu'il n'y a pas d'histoire de trauma ou que l'histoire rapportée est un traumatisme banal, tout pointe vers un abus. De plus, d'autres versions d'évènement semblent assez spécifiques au trauma infligé. Par exemple, une tentative de réanimation est rapportée dans 12 % des cas d'abus contre 0 % des cas de trauma accidentel. Ainsi, dans 9 % des cas de trauma infligé, l'histoire initiale change en cours d'évaluation alors que 0 % des histoires initiales ne change pour les cas identifiés non abusifs. Cette étude permet de conclure que les quatre versions suivantes d'évènements sont fortement reliées à un traumatisme crânien infligé tel que le SBS (Hettler et Greenes, 2003) :

1.	Pas d'histoire de traumatisme
2.	Histoire de traumatisme mineur ou trivial
3.	Tentative de réanimation
4.	Changement dans l'histoire initiale du traumatisme

De même, Ettaro, Berger et Songer (2004) confirment dans une étude similaire le fait que dans les situations de traumatisme crânien infligé, le plus souvent il n'y a pas d'explication au trauma ou la personne donne la version d'un trauma mineur qui ne puisse expliquer l'ampleur des lésions chez l'enfant. Ces éléments de variation dans les versions qui pourraient expliquer l'état de l'enfant peuvent vraiment influencer l'intervention. En effet, les intervenants de la santé vont agir en fonction de l'état clinique de l'enfant au moment de son arrivée. Cependant, il y a très souvent un délai qui s'accumule entre

l'évènement de secousse, l'apparition des premiers symptômes et l'heure d'arrivée aux urgences d'un centre hospitalier ou l'appel au 911. D'ailleurs, Biron et Shelton (2005) rapportent 7 cas de SBS dont le délai de consultation à des services médicaux varie d'une heure à quatre heures. Il est donc important de vérifier s'il y a eu un délai de consultation et surtout pourquoi.

Intervention de soins des intervenants en santé

Le but des intervenants en santé est d'abord d'évaluer la santé globale de l'enfant, de lui administrer les soins nécessaires afin de préserver sa vie. Ensuite, des efforts sont aussi faits pour prévenir d'autres blessures. Ainsi, l'évaluation de la santé d'un enfant possiblement victime de SBS peut se faire soit en consultation externe dans un hôpital, dans une clinique pédiatrique spécialisée ou soit via l'urgence et l'hospitalisation. Ainsi, selon l'urgence de l'état clinique de l'enfant, l'intervention des professionnels de la santé devient prioritaire pour assurer la survie de

l'enfant. L'évaluation de la santé d'un enfant qui est susceptible d'avoir été secoué est complexe et coûteuse. L'équipe de pédiatrie a recours à un ensemble de tests diagnostiques. Dans les situations de SBS ou de traumatisme crânien, l'imagerie médicale est essentielle au dépistage des lésions internes, mais des prélèvements de sang et d'urine ou autres sont souvent nécessaires afin d'éliminer d'autres types de maladie. Par

soigner c'est aussi soutenir et aider la famille. Ainsi, dans une approche globale et commune, l'équipe de soin et le service social se complètent.

Intervention sociale

Tout d'abord, peu importe la gravité des lésions de l'enfant, dès qu'il y a suspicion de SBS, l'importance de l'intervention sociale est irréfutable. Ainsi, le but de l'intervention sociale est de protéger l'enfant et s'il y a lieu,

Ceux-ci font preuve de beaucoup de compréhension, d'ouverture et possèdent une expertise sociale unique qui influence la vie future de l'enfant. En effet, King et coll. (2003) précisent que dans 42 % des cas l'issue de l'enquête sociale s'oriente vers le placement de l'enfant en famille d'accueil alors que dans 14 % des cas les petits sont placés dans la famille élargie. Par ailleurs, suite à l'évaluation médicale et sociale, 43 % des enfants victimes de SBS retournent avec leurs parents biologiques (King et coll., 2003). Enfin, le but ultime de l'intervention sociale, peu importe les circonstances, est aussi de soutenir les parents dans ces moments qui pour certains, sont « le pire cauchemar de leur vie ».

TOUT D'ABORD, PEU IMPORTE LA GRAVITÉ DES LÉSIONS DE L'ENFANT, DÈS QU'IL Y A SUSPICION DE SBS, L'IMPORTANCE DE L'INTERVENTION SOCIALE EST IRRÉFUTABLE.

conséquent, de multiples spécialités médicales sont impliquées au fur et à mesure des résultats. Aucun doute ne doit persister.

Dans ces circonstances, la sévérité des symptômes présentés par l'enfant oriente l'utilisation rapide de ces méthodes d'imagerie médicale. L'équipe de soins a recours à la radiographie simple, à la tomographie cérébrale ainsi qu'à la résonance magnétique et parfois à la médecine nucléaire. Le tableau 2 présente une brève description de chacune des méthodes d'imagerie qui sont utilisées. Toutefois, il est important de préciser que chaque situation de suspicion de SBS est unique et que le clinicien doit effectuer, premièrement, une excellente évaluation clinique de l'enfant qui est ensuite soutenue par un ensemble de tests diagnostiques. Parfois, certains tests ne sont pas pertinents à la situation présentée. L'analyse des documents médicaux antérieurs à cet événement est aussi une étape non négligeable au cours de l'évaluation. Ainsi, le diagnostic médical de SBS est confirmé lorsque l'ensemble des résultats a été analysé et que ceux-ci ont été discutés avec un pédiatre spécialiste en maltraitance infantile. Par ailleurs, il ne faut pas perdre de vue que

les autres enfants de la famille. De plus, le rôle de liaison entre les différents collaborateurs est souvent assumé par l'intervenant social. Celui-ci, en collaboration avec l'équipe de soin, assure, entre autres, la liaison entre la famille, l'équipe de soin et les partenaires externes (aspect légal et communautaire) lorsque l'enfant est hospitalisé. Diverses entrevues sont nécessaires afin d'obtenir des faits, des versions explicatives des événements ou encore des documents liés à la santé de l'enfant. Mais surtout, ces entrevues permettent de mieux connaître la famille dans sa dynamique actuelle soit, entre autres, dans la définition des rôles de chacun, mais aussi dans l'expérience de vie de

Ainsi, pour l'intervenant, la difficulté relève, entre autres, du fait que dans plusieurs situations de SBS, au début des démarches de soins et des démarches sociales, souvent personne ne sait qui a secoué. Par conséquent, toutes les personnes de près ou de loin qui sont en contact avec l'enfant deviennent des suspects potentiels. Ainsi, faut-il préciser que les premiers suspects sont les parents. Ceux-ci sont parfois informés des démarches légales à venir et donc ils anticipent le fait que la justice soit impliquée. Alors, lorsque les preuves médicales sont détaillées et que les

AINSI, FAUT-IL PRÉCISER QUE LES PREMIERS SUSPECTS SONT LES PARENTS.

chacun des parents ainsi que dans leur perception respective du petit. Dans certains centres hospitaliers, des rencontres se tiennent conjointement en présence du médecin, de l'infirmière ainsi que de l'intervenante sociale. L'on doit user de beaucoup de tact et d'habileté relationnelle pour mener ce genre d'entrevue. La gestion du risque est pratique inhérente des intervenants sociaux en protection.

indices sociaux sont connus, l'hypothèse d'un SBS se confirme et l'intervention légale est mise de l'avant.

Intervention légale

La survenue d'un cas de SBS est susceptible d'interpeller principalement trois lois différentes. La *Loi sur la protection de la jeunesse* (LPJ), la *Loi sur les circonstances et cause de décès* (LCCD), communément appelée

TABLEAU 2 : Imagerie médicale utilisée pour évaluer des cas de SBS

Technique	Appellation commune	Description
Radiographie	Série squelettique ou série osseuse	<ul style="list-style-type: none"> • Radiographies de tous les os du corps sous plusieurs plans ou axes (environ dix clichés sont pris) ; • non invasif, car il n'y a pas d'injection ; • positionnement sous contention ; • durée \pm 15 minutes selon l'âge et la condition de l'enfant ; • essentielle au dépistage des fractures ; • sans sédation ; • la personne qui accompagne l'enfant peut rester près du petit.
Tomographie cérébrale	Ct-Scan (cérébral)	<ul style="list-style-type: none"> • Rayon X dirigé en plan horizontal ou vertical qui réalise une série de lectures enregistrées par ordinateur ; • permet de visualiser le cerveau ; • distingue la densité de structures et des matières ; • essentielle au dépistage d'hématome sous-dural, d'œdème cérébral ou de tout autre lésion au cerveau ; • non invasif ; • avec ou sans sédation ; • durée \pm 15 minutes ; • la personne qui accompagne peut être dans la même salle que l'enfant.
Résonance magnétique	IRM	<ul style="list-style-type: none"> • Émissions de radiofréquences à partir des propriétés magnétiques des atomes (hydrogène) qui sont converties en images par ordinateur ; • fournit des images du cerveau sous tous les axes (multiaxiales et transversales) ; • aide au diagnostic des lésions des tissus mous, peut aider à dater les lésions ; • ne visualise pas la calcification ; • non invasif ; • avec sédation ; • durée \pm 45 minutes ; • la personne qui accompagne l'enfant ne peut pas demeurer dans la même salle (ondes).
Scintigraphie nucléaire		<ul style="list-style-type: none"> • Il s'agit d'une autre technique qui consiste à administrer un produit contrastant par voie endoveineuse sous sédation ; • le produit contrastant se fixe en premier au niveau du cerveau et au niveau des reins, une lecture (prise de photo) est réalisée ; • deux heures après l'injection du produit contrastant, il y a fixation sur les os et une deuxième lecture est aussi réalisée à ce moment ; • ce test diagnostique est parfois utilisé pour dépister d'anciennes lésions (fractures) ; • invasif (soluté installé + produit contrastant) ; • sédation ; • durée : long (entre 2 et 3 heures, selon ce qui est recherché).

Loi du coroner et les articles du Code criminel relativement aux crimes contre la personne. En rapport avec la LPJ, le trauma crânien non accidentel est une forme grave d'abus physique et doit, en vertu de cette loi, être rapporté au Directeur de la protection de la jeunesse. Même en présence d'un décès où il est trop tard pour protéger la victime, on doit s'interroger sur la pertinence d'un signalement en vue de protéger d'autres enfants évoluant dans le même environnement. Devant un décès subit dans des circonstances obscures, un avis doit être donné au Coroner en vertu de la LCCD. Celui-

assez souvent que ce triple mandat se superpose. L'étude pancanadienne de King et coll. (2003) souligne que dans 64 % des cas de SBS, il y a une enquête policière, mais que seulement dans 26 % des cas des accusations criminelles sont portées.

Contexte d'intervention

L'entente multisectorielle définit et relie les principaux partenaires impliqués dont les intervenants en protection de la jeunesse et les policiers. De plus, certains centres hospitaliers proposent un protocole d'enquête sociolégale en milieu hospitalier. Ce type de protocole

de grande vulnérabilité physique et développementale, le « fardeau de la tâche » se retrouve alors augmenté. Ceux-ci sont complètement tributaires des décisions médicales, sociales et légales. Ils ont souvent moins de six mois et ne peuvent donc exprimer leur version des faits. Par ailleurs, le tableau clinique du SBS est complexe et demande une sensibilisation aux nouvelles technologies médicales. Enfin, lorsque l'évolution des circonstances implique des tribunaux, souvent l'explication du mécanisme causal des lésions objectivées se fait par la démonstration de principes biomécaniques complexes (Ennis et Henry, 2004). Ainsi, il est parfois difficile de maintenir une relation de neutralité envers les parents et autres personnes de la famille. C'est alors, qu'il devient important d'utiliser toutes les ressources du réseau soutien formel ou informel qui sont autour de la famille. Chacune de ces personnes pourra ultérieurement devenir un multiplicateur de prévention du SBS.

COMME IL S'AGIT DE TRÈS JEUNES ENFANTS QUI SONT EN POSITION DE GRANDE VULNÉRABILITÉ PHYSIQUE ET DÉVELOPPEMENTALE, LE « FARDEAU DE LA TÂCHE » SE RETROUVE ALORS AUGMENTÉ.

ci devient dès lors la seule personne qui a autorité sur la dépouille de l'enfant. Il ordonnera une autopsie et se fera aider des policiers pour compléter son enquête. Le substitut du procureur du Québec sera appelé à intervenir dès lors qu'il apparaît qu'un geste criminel de type voies de fait ou encore d'homicide peut avoir été posé. Toutefois, en vertu d'une entente particulière intervenue entre le Directeur de la protection de la jeunesse (DPJ) et le Ministère de la Justice, le substitut peut être interpellé par le DPJ lorsque les lésions apparaissent graves, dangereuses et urgentes. Les policiers peuvent donc être appelés à intervenir par différentes voies, soit par le Coroner en vue de contribuer à clarifier les circonstances de décès, soit par le substitut du procureur en vue de recherche des indices de potentiels actes criminels. Ainsi, le policier est appelé à collaborer avec le DPJ ou le Coroner dans le but de clarifier les circonstances entourant l'évènement ou avec le substitut dans le but d'identifier l'agresseur s'il y a lieu. En pratique, il peut arriver

interne est nécessaire pour préserver la sécurité des patients admis aux unités de soins et pour assurer un minimum de confidentialité aux familles. Ces ententes et protocoles visent à préciser les rôles et responsabilités propres à chacun des intervenants et ainsi définissent un territoire parfois exclusif d'intervention. Cependant, le plus grand défi ne réside pas dans le partage des rôles quant à l'intervention, mais bien à notre capacité d'exercer nos meilleures pratiques dans un contexte hautement émotif. En effet, tel que le soulignent Ennis et Henry (2004), le processus d'investigation des cas de traumatisme crânien chez le jeune enfant requiert une mobilisation

PRÉVENTION

L'on peut identifier trois principales étapes qui ont marqué l'évolution de la prévention du SBS. À chaque étape, les messages de prévention se sont précisés et, par conséquent, les interventions éducatives ont aussi évolué. Cette dernière partie du texte décrit tout d'abord les trois étapes marquantes quant à la prévention du

CE PROGRAMME SE DÉMARQUE DES PROGRAMMES PRÉCÉDENTS ET PERMET DE TRACER DE NOUVELLES PRATIQUES POUR LA PRÉVENTION DU SBS.

intense des ressources intellectuelles et émotives de la part des intervenants. Plusieurs raisons rendent ce processus difficile. Comme il s'agit de très jeunes enfants qui sont en

SBS. À chaque étape, le public cible et le message central sont décrits ainsi que le format ou les modalités de transmission du message au public visé. Par la suite, des interventions

concrètes qui sont élaborées en sol québécois sont présentées. En effet, le CHU Sainte-Justine a développé un projet majeur de prévention du SBS dont deux principaux extrants sont ici sommairement démontrés. Il s'agit du programme périnatal de

de naissance des centres hospitaliers. Une fiche d'information quant au SBS est remise à tous les parents avant leur départ de l'hôpital suite à la naissance de leur enfant (Showers, 2002). Dans ce premier programme de prévention, le message central

prévention dans plusieurs pays, dont le Canada. Au Québec, en 2002, le CHU Sainte-Justine a mis de l'avant un vaste projet de prévention du SBS. Ce projet vise, entre autres, à sensibiliser tous les nouveaux parents ainsi qu'à soutenir les professionnels du réseau dans le dépistage et le diagnostic du SBS. Afin d'atteindre cet objectif, un programme périnatal de prévention du SBS (PPPSBS) a été élaboré pour rejoindre tous les nouveaux parents. Il s'agit d'une intervention éducative réalisée par les infirmières auprès des parents de nouveaux-nés lors de leur séjour à l'hôpital pour la naissance de leur enfant. Ce programme se démarque des programmes précédents et permet de tracer de nouvelles pratiques pour la prévention du SBS. En effet, le cadre théorique du programme périnatal du CHU Sainte-Justine a intégré un nouveau thème, qui est central dans l'intervention des infirmières, soit celui de la colère. Les infirmières abordent les parents quant aux pleurs du nourrisson, à la colère et au SBS dont précisément les séquelles qu'entraîne ce geste. Les

AU QUÉBEC, EN 2002, LE CHU SAINTE-JUSTINE A MIS DE L'AVANT UN VASTE PROJET DE PRÉVENTION DU SBS.

prévention du SBS (PPPSBS) ainsi que de l'outil éducatif nommé le *Thermomètre de la colère*®. Ces informations pratiques permettront ainsi d'actualiser des interventions de prévention du SBS à tous les niveaux et aussi par tout intervenant du réseau.

La première étape de l'évolution de la prévention du SBS se situe au milieu des années '80 avec les travaux de Showers (1985) aux États-Unis. À cette étape, les messages sont dirigés vers le public en général et vers les jeunes parents. Showers (1985) a diffusé des messages tels que « *never never shake a baby* » et plus tard, « *don't shake a baby* ». Le message central est donc orienté vers la recommandation de ne pas secouer un bébé. Plusieurs modalités de communication ont transmis ces messages. Par exemple, on peut voir ces devises sur des affiches disposées dans les hôpitaux et dans les cliniques ou encore sur des autobus ou des panneaux publicitaires au bord des autoroutes. De plus, ces messages « *never never shake a baby* », « *don't shake a baby* » peuvent aussi être affichés sur différents matériels tels que des crayons, des sucres pour bébé, des chandails... L'impact de ces moyens de communication pour transmettre le message de prévention du SBS est toutefois bien difficilement mesurable. Cependant, Showers propose rapidement une autre alternative plus rigoureuse au niveau scientifique. En effet, un programme de prévention du SBS est développé et implanté dans les unités

demeure le même « *never never shake a baby* » mais l'accent est aussi mis sur les dangers de secouer un bébé. Or, près de 93 % ont répondu que tous les parents devraient recevoir cette information concernant le SBS et les dangers de secouer.

Ces résultats ont marqué **la deuxième étape** de l'évolution de la prévention du SBS. En effet, au cours des prochaines années, des programmes de prévention similaires sont mis en œuvre dans plusieurs états américains. Maintenant, le message central vise d'abord les pleurs du bébé et par la suite, les graves conséquences de secouer un bébé. Ces programmes

LE MESSAGE CENTRAL DE CE PROGRAMME S'ORIENTE AUTOUR DE LA NORMALITÉ DES PLEURS DU BÉBÉ, DE LA NORMALITÉ DE L'ÉMOTION DE LA COLÈRE ET SURTOUT DE L'IMPORTANCE D'IDENTIFIER DÈS LA NAISSANCE DE L'ENFANT DES STRATÉGIES POUR FAIRE FACE AUX PLEURS DU BÉBÉ.

éducatifs demeurent implantés aux unités des naissances en milieu hospitalier et s'adressent à tous les parents. Il a été démontré que de tels programmes ont un impact direct sur l'incidence du SBS. Ainsi, dans la région de New York après cinq ans d'implantation d'un programme éducatif de prévention du SBS, Dias et coll., (2005) ont pu constater une diminution de 46 % des cas de SBS.

Ainsi, ces données fortes intéressantes ont fortement encouragé le développement de projet de

résultats préliminaires de la recherche évaluative quant au PPPSBS semblent très prometteurs. Les données finales seront dévoilées sous peu. Il est pertinent de souligner que, selon le PPPSBS, les infirmières s'adressent aux deux parents lors de leur enseignement. Le message central de ce programme s'oriente autour de la normalité des pleurs du bébé, de la normalité de l'émotion de la colère et surtout de l'importance d'identifier dès la naissance de l'enfant des stratégies pour faire face aux pleurs du bébé.

La troisième étape de l'évolution de la prévention du SBS est ainsi amorcée. En effet, il ne suffit plus de dire aux parents de ne pas secouer leur bébé ou de leur parler uniquement des dangers de secouer un nourrisson. La réalité de moments plus difficiles avec un bébé doit être nommée. Le soutien aux parents reprend alors, une place d'importance dans l'inter-

« ça suffit, c'est assez, je vais le faire taire moi ».

Pour l'intervenant, cet outil permet de discuter de l'émotion de la colère, d'identifier les déclencheurs de la colère chez la personne afin de planifier des stratégies adaptatives par le recours à la boucle de prévention (voir schéma plus loin). La boucle de prévention

LE POINT DE DÉPART D'UNE INTERVENTION MASSIVE DE PRÉVENTION DOIT S'ADRESSER SYSTÉMATIQUEMENT À TOUTES LES FAMILLES DU QUÉBEC MAIS AUSSI SPÉCIFIQUEMENT À CELLES QUI REÇOIVENT DES SERVICES DANS LES CENTRES JEUNESSE DU QUÉBEC.

vention. En effet, l'on crée lors de cette intervention éducative un espace de normalité pour tous les parents en leur donnant l'opportunité d'identifier ce qu'ils feront si jamais ils n'en peuvent plus d'entendre leur bébé pleurer. Cette nouvelle trajectoire de prévention se concrétise par l'identification de l'émotion de la colère ; une émotion normale qui survient avant l'apparition de l'agressivité et de la violence (Thomas, 1998). Il devient donc primordial de reconnaître la normalité de l'expérience de la colère et ainsi d'accompagner chaque parent afin d'identifier des stratégies qui visent le contrôle de l'expression de leur colère.

C'est grâce à cette intégration des concepts théoriques avec la réalité vécue des parents qu'à été créé le *Thermomètre de la colère*®. Le but du *Thermomètre de la colère*® est de prévenir la violence physique envers les jeunes enfants par la gestion de la colère. L'outil intègre concrètement des paroles de parents qui se voient face à un bébé qui pleure de façon inconsolable. Les pensées et les réactions du parent sont présentées de façon progressive allant d'un état de questionnement « pourquoi pleure-t-il ? » jusqu'à un état de colère

correspond à trois étapes cruciales à planifier pour faire diminuer la colère soit 1- urgence-colère, 2- D-stress et 3- O.K retour.

Afin de soutenir les intervenants dans l'utilisation du *Thermomètre de la colère*® auprès de leur clientèle, un guide d'utilisation est disponible ainsi qu'un feuillet descriptif de l'outil. Le guide présente une revue de la littérature concernant la colère et décrit les assises théoriques de l'outil. De plus, celui-ci propose une démarche d'utilisation concrète auprès du parent.

En guise de conclusion, il convient d'insister sur le fait que le SBS est complexe dans sa description

LA BOUCLE DE PRÉVENTION CORRESPOND À TROIS ÉTAPES CRUCIALES À PLANIFIER POUR FAIRE DIMINUER LA COLÈRE

et son diagnostic repose sur l'identification des principales lésions caractéristiques au niveau du cerveau. Par ailleurs, l'intervention des différents professionnels demeure essentielle à la reconnaissance du SBS. Ainsi, la cohésion de l'intervention devient très importante afin de bien

Le thermomètre de la colère

J'ai chaud. J'en peux plus. Je suis fâché. Qu'est-ce que je vais faire?

Ces paroles vous disent quelque chose ?
Semble montrer la colère, c'est ce que vivent bien des parents qui ont de jeunes enfants. La colère est une émotion normale. Tous les parents peuvent ressentir de la colère à des moments différents et pour des raisons différentes.
Le thermomètre de la colère présente des pensées et des réactions physiques que peut avoir un parent face à son bébé.

Pourquoi pleure-t-il?	1
Je ne sais plus quoi faire.	2
Je n'ai jamais de répit.	3
Rien ne marche comme je veux.	4
Là, ça suffit, c'est assez!	5

Pour garder le contrôle de la situation, demander le thermomètre de la colère.
La colère, c'est normal. Garder le contrôle, c'est vital. Surtout ne secouez jamais un bébé. Ne frappez jamais un enfant.
Le thermomètre de la colère: un outil pour vous aider. Disponible sur place. Demander à un professionnel. Pour commander: CHU Sainte-Justine. Téléphone: 514-345-4671. Courriel: edition.hq@chu.sj.gouv.qc.ca

CHU Sainte-Justine
Centre hospitalier
de l'enfance et de
de la jeunesse

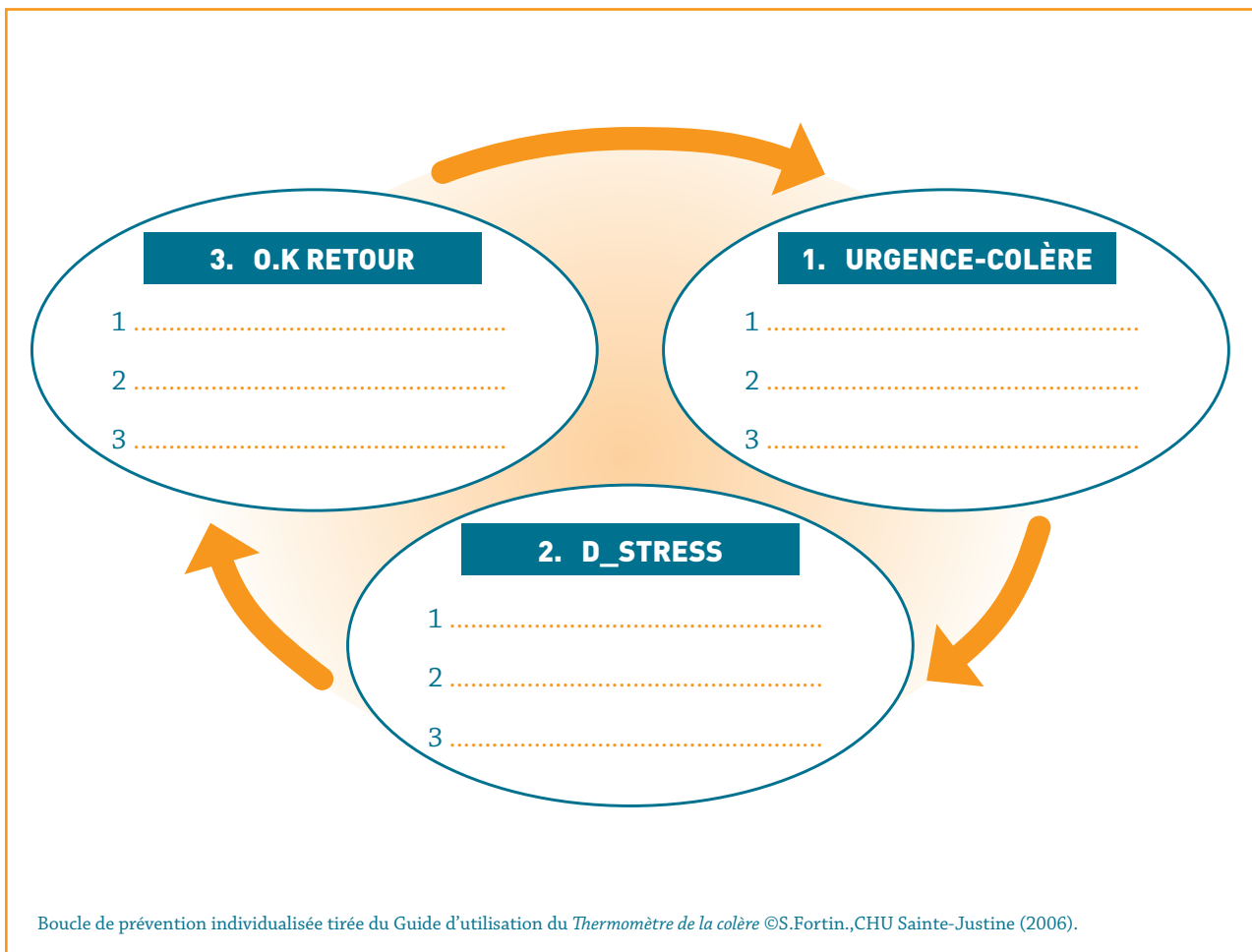
Non
à la violence!

©CHU Sainte-Justine—S. Fortin inf.M.Sc.

documenter les circonstances et de préserver des preuves, mais surtout elle permet d'humaniser un peu plus notre approche à la famille dans un

contexte médico-sociolégal. Or, afin d'éviter ce contexte d'intervention, la prévention est une urgence. Toutes les familles doivent recevoir l'information quant aux dangers de secouer un bébé mais plus encore, celles-ci peuvent être écoutées et soutenues par des outils de

BOUCLE DE PRÉVENTION INDIVIDUALISÉE



prévention tel que le *Thermomètre de la colère*®. Enfin, le point de départ d'une intervention massive de prévention doit s'adresser systématiquement à toutes les familles du Québec mais aussi spécifiquement à celles qui reçoivent des services dans les centres jeunesse du Québec. <

Cet article suscite chez vous des réactions, des commentaires, des réflexions. Le comité de la revue *Défi jeunesse* aimerait vous lire. N'hésitez pas à les lui faire parvenir par courrier ou courriel aux adresses indiquées sur la page du sommaire.

Matériel de prévention

Le *Thermomètre de la colère*® est présentement disponible au service des publications du CHU Sainte-Justine (514 345-4671). Une affiche est gracieusement offerte. Un guide d'utilisation ainsi qu'un feuillet d'information pour les intervenants compléteront sous peu les outils qui sont associés au thermomètre de la colère. Par ailleurs, les diverses organisations du réseau seront informées de la mise en marché du cédérom. Le programme périnatal de prévention du SBS (PPPSBS) sera diffusé en 2007. Pour plus d'informations, vous pouvez contacter la Clinique socio-juridique du CHU Sainte-Justine au numéro suivant : 514 345-4866.

Références bibliographiques

- Alexander, R. C. et W. L. Smith (1998). « Shaken baby syndrome », *Infants and Young Children*, vol. 10, no 3, 1-9.
- American Academy of Pediatrics (2001). « Shaken baby syndrome : rotational cranial injuries – Technical report », *Pediatrics*, vol. 108, no 1, 206-210.
- Barlow, K., et R. Minns (2000). « Annual incidence of shaken impact syndrome in young children », *The Lancet*, 356(9241), 1571-1572.
- Bechtel, K., Stoessel, K., Leventhal, J.M., Ogle, E., Teague, B., Lavietes, S., Banyas, B., Allen, K., Dziura, J. et C. Duncan (2004). « Characteristics that distinguish accidental from abusive injury in hospitalized children with head trauma », *Pediatrics*, vol. 114, no 1, 165-168.
- Biron, D. et D. Shelton (2005). « Perpetrators accounts in infant abusive head trauma brought about by a shaking event », *Child Abuse and Neglect*, vol. 29, 1347-1358.
- Caffey, J. (1946). « Multiple fractures in the long bones of infants suffering from chronic subdural hematoma », *American Journal of Roentgenology*, vol. 5, no 2, 163-173.
- Caffey, J. (1972). « On the theory and practice of shaking infants », *American Journal of Diseases of Children*, vol. 124, 161-169.
- Case, M. E., Graham, M. A., Handy, T. C., Jentzen, J. M., et J. A. Monteleone (2001). « Position paper on fatal abusive head injuries in infants and young children », *The American Journal of Forensic Medicine and Pathology*, vol. 22, no 2, 112-122.
- Carbaught, S.F. (2004). « Understanding shaken baby syndrome », *Advances in Neonatal Care*, vol. 4, no 2, 105-116.
- Conway, E.E. (1998). « Nonaccidental head injury in infants : The shaken baby syndrome revisited », *Pediatric Annals*, vol. 27, no 10, 677-690.
- Davies, W.H. et M.M. Garwood (2001). « Who are the perpetrators and Why do they do it ? », *Journal of Aggression and Maltreatment and Trauma*, vol. 5, no 1, 41-54.
- Dias, M.S., Smith, K., de Guehery K., Mazur, P., Li, V. et M.L. Shaffer (2005). « Preventing abusive head trauma among infant », *Pediatrics*, vol. 115, no 4, 440-477.
- Duhaime, A.C. et al. (1998). « Non-accidental head injury in infants – the shaken baby syndrome », *New England Journal of Medicine*, vol. 338, no 25, 1822-1829.
- Ettaro, L., Berger, R.P. et T. Songer (2004). « Abusive head trauma in young children : characteristics and medical charges in a hospital population », *Child Abuse and Neglect*, vol. 28, 1099-1111.
- Ennis E. et M. Henry (2004). « A review of social factors in the investigation and assesment of non-accidental head injury to children », *Pediatric rehabilitation*, vol. 7, no 3, 205-214.
- Evans, H.H. (2004). « The medical discovery of the shaken baby syndrome and physical abuse », *Pediatric Rehabilitation*, vol. 7, no 3, 161-163.
- Fortin, S. (2003). *La colère et le thermomètre de la colère dans la prévention de la violence infantile*, Communication dans le cadre du 1^{er} Colloque québécois sur la maltraitance envers les enfants et les adolescents, Montréal, Québec, Canada.
- Fortin, S., Goulet, C. et A. Lampron (2005). « Le syndrome du bébé secoué », *Perspective infirmière du Québec*, vol. 3, no 1, 29-37.
- Institut de la Statistique du Québec (1999). *La violence familiale dans la vie des enfants du Québec*, 2004 (2005), Collection Santé et Bien-être, Gouvernement du Québec.
- Guthkelch, A.N. (1971). « Infantile subdural hematoma and its relationship to whiplash injuries », *British Medical Journal*, vol. 2, 430-431.
- Hettler, J. et D.S. Greenes (2003). « Can the Initial History Predict a Child with a injury has been abused ? » *Pediatrics*, vol. 111, no 3, 604-607.
- Jenny, C., Hymel, K. P. et H. T. Ritzen (1999). « Analysis of missed cases of abusive head trauma », *JAMA*, vol. 281, no 7, 621-626.
- King, J. et M. Mackay (2000). « A 10 years retrospective review of shaken baby syndrome in Canada », *Pediatric Research*, vol. 47, 202_A.
- King, J., Mackay, M., Coyle, D. et A. Sirnack (2003). « Shaken baby syndrome in Canada : clinical characteristics and outcomes of hospital cases », *CMAJ*, vol. 168, no 2, 155-159.
- Klenens, J. (2003). « Prevention of Inflicted Neurotrauma », in Reece, R. M. et C.S. Nochlson, *Inflicted Neurotrauma*, American Academy of Pediatrics, 269-279.
- Lazoritz, S., Baldwin S. et N. Kini (1997). « The whiplash shaken infant syndrome : has Caffey's syndrome changed or have we changed his syndrome ? », *Child Abuse and Neglect*, vol. 21, no 10, 1009-1014.
- Levin, A. V. (2003). « Ophtalmic manifestations of inflicted childhood neurotrauma », in Reece et Nicholson, *Inflicted Childhood Neurotrauma*, American Academy of Pediatrics, 127-159.
- Mac Laurin, B., Trocmé, N., Fallon, B., Chaze, F., Black, T. et J. Lajoie (2005). *Violence physique faite aux enfants au Canada*. Feuillelet d'information CEPB #24F, Montréal, McGill University School of social work. Téléchargée le 9 janvier 2006 de http://www.cecw-cepb.ca_docsFra_CISPhysAbuse24F.pdf.
- Michaud, L.J. (2003). « Inflicted Childhood neuro-trauma : Outcomes and Rehabilitation », in Reece et Nicholson, *Inflicted Childhood Neurotrauma*, American Academy of Pediatrics, 255-265.
- Roche, A.J., Fortin, G., Labbé, J., Brown, J. et D. Chadwick (2005). « The work of Ambrose Tardieu : The first definitive description of child abuse », *Child abuse and neglect*, vol. 29, 325-334.
- Santé Canada (2001). *Déclaration conjointe sur le syndrome du bébé secoué*, Ministre de Travaux publics et Services gouvernementaux, Ottawa.
- Shower, J. (1997). *The National Conference on Shaken Baby Syndrome : Executive Summary*, Alexandria, Virginia, National Association Of Children's Hospitals and Related Institutions.
- Shower, J. (2001). « Preventing Shaken Baby Syndrome », in S. Lazoritz et V.J. Palusci (Éds), *The Shaken Baby Syndrome : A Multidisciplinary Approach*, Binghamton, NY, The Haworth Press, 349-365.
- Starling, S.P., Holden, J.R. et C. Jenny (1995). « Abusive head trauma: The relationship of perpatratoirs to their victims », *Pediatrics*, vol. 95, 259-262.
- Thomas, S. (1998). « Assessing and intervening with anger disorders », *Nursing Clinics of North America*, vol. 33, no 1, 121-133.
- Trocmé, N., Mac Laurin, B., Fallon, B., Daciuck, J., Billingsley, D., Tourigny, M., Mayer, M., Wright, J., Barter, K., Hornick, J., Sullivan, R. et B. McKenzie (2001). *Étude canadienne sur l'incidence des signalements des cas de violence et de négligence envers les enfants (ECI)*, Ottawa, Ontario, Ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux.

→ DE LA RELATION D'AIDE À LA RELATION D'ÊTRES



Christophe Gaignon, conseiller clinique, Quatre vents, CJ Lanaudière



MISE EN CONTEXTE

Dans le cadre de la maîtrise en études des pratiques psychosociales à l'Université du Québec à Rimouski, j'ai effectué une recherche qui a donné naissance au concept de réciprocité transformatrice. Ce programme de maîtrise vise à accompagner des praticiens chercheurs, afin de les aider à conceptualiser un savoir singulier contenu dans leur pratique professionnelle. Pour favoriser cet accouchement puis le partager avec les professionnels et les chercheurs concernés par les pratiques psychosociales, l'équipe de professeurs prône une démarche qui invite à des liens entre histoire de vie et pratique professionnelle. J'ai donc interrogé mon expérience personnelle et professionnelle pour réfléchir à la question de la réciprocité transformatrice dans le contexte de la relation d'aide.

L'article qui suit est une tentative de synthétiser l'essence même du concept de réciprocité transformatrice.

CONSTAT DE DÉPART

Actuellement, notre société valorise, selon moi, une séparation abusive entre la vie professionnelle et personnelle, entre l'être et le faire, entre nos rôles sociaux et notre vie intime. Ce clivage n'aide pas l'intervenant à faire de la relation d'aide un lieu de transformation réciproque (quand il y a rupture, il ne peut y avoir de continuité).

Le sujet de ma recherche est de reconnaître et de revaloriser la réunification de la vie de l'intervenant dans toute sa globalité. Ce qui implique une réflexion sur sa place et sur celle qu'il prend dans la vie des gens qu'il accompagne. Ainsi, ce qu'il fait auprès de ces personnes doit être reconnu comme étant bien plus qu'un rôle social, mais bel et bien une expression de qui il est dans le monde. Le but ultime reste de tenter de participer à l'amélioration de la qualité de l'intervention des intervenants sociaux, et par conséquent, à la qualité de vie des personnes accompagnées et des accompagnateurs.

MA QUESTION DE RECHERCHE

Après le constat proposé, elle est simple : en quoi le dépassement du clivage entre la vie professionnelle et la vie personnelle de l'intervenant permet-il le passage de la relation d'aide à la relation d'être, favorise-t-il la réciprocité transformatrice et permet-il un meilleur accompagnement social ?

DE LA RELATION D'ÊTRE COMME ESPACE TRANSFOR- MATEUR : CONSIDÉRATION ÉTHIQUE

En introduction, permettez-moi de faire référence à un auteur québécois m'ayant inspiré dans le cadre d'une démarche en pratique des *Histoires de vie*, approche qui stimule et favorise les liens entre vie personnelle et professionnelle.

Un des spécialistes de l'éthique au Québec, de surcroît philosophe, est monsieur Jean-François Malherbe. Il nous explique qu'une relation entre un maître et son apprenti n'est jamais à sens unique. Le maître lui aussi est toujours en situation d'apprentissage. Une qualité fondamentale chez un maître est de souligner auprès de son entourage et de son apprenti la contribution de ce dernier à sa propre maîtrise. C'est ainsi que l'apprenti finit par devenir lui-même un maître (Malherbe, 1997). Sans contester, nous pouvons extrapoler cette réflexion de Malherbe pour les intervenants. Quand bien même l'intervenant est mandaté et payé pour apporter un service auprès de personnes afin que ces dernières dépassent leurs difficultés, il reste qu'une relation n'est jamais à sens unique. Effectivement, l'un n'est pas cantonné à « donner » un service et l'autre à le « recevoir ».

RELATION ET RÉCIPROCITÉ

Dans la relation d'aide, les événements nous donnent multiples occasions de nous retrouver en « position haute » dans notre lien avec les personnes que nous accompagnons ; d'où le danger de percevoir l'autre comme un objet à transformer, plutôt que de le percevoir comme un sujet éthique en développement. Trop rarement, nous pouvons expérimenter un changement de position où nous

retrouvons une circularité en termes de donner et de recevoir. Dans cette autre configuration pourtant, nous créons de réelles opportunités de transformation vers un mieux-être.

Dans les programmes de formations initiales, les intervenants apprennent comment aider. « Quels sont les problèmes des clients ? Qu'est-ce que je peux faire pour les aider ? Quelles solutions puis-je leur proposer pour qu'ils « sortent » de leurs problèmes ? ».

Mais qu'apprenons-nous de la réciprocité de la relation humaine, de ses espaces de transformations et des succès de l'intervention qu'il en émane ? Car la relation est réciprocité : le « Tu » est source du « Je » et inversement (Labelle, 1996). En d'autres termes, c'est dans la résonance de l'autre en moi que le « Je » se découvre (Axelle Devos, 2007).

RÉCIPROCITÉ ET LIEN D'ATTACHEMENT

Dès son plus jeune âge, l'être humain fait l'expérience de cette réciprocité. Effectivement, lorsque la mère allaite son enfant, elle comble un besoin vital : littéralement, elle continue de lui « donner » la vie. En même temps, généralement la mère en retire une

de recevoir pour celui qui donne, en s'appuyant sur les travaux de Laing (1971) :

Le soi reçoit et donne. Il a besoin d'un autre qui donne et qui reçoive. Plus l'autre est incapable de recevoir, plus le soi a besoin de détruire. Plus le soi détruit l'autre et plus il se vide. Plus il se vide et plus il est envieux ; plus il est destructeur. Finalement, il a perdu à la fois le sens de sa capacité de donner et celui de la capacité qu'a l'autre de recevoir (Laing, 1971).

Par ailleurs, de nombreuses études en psychiatrie sur le lien mère-enfant, démontrent que l'enfant confronté au mépris ou au refus de recevoir ce qu'il essayait de donner, réagit par un état de « microdépression » (Stern, 1997) ou construit un « attachement évitant » (Bowlby, 1973).

Éric Trappeniers, thérapeute familial, a qualifié son travail d'approche systémique expérientielle. Pour lui, c'est une condition essentielle dans notre métier que de s'utiliser dans l'intervention, tant dans nos dimensions théoriques que personnelles. Ainsi, être en relation devient la possibilité de participer à enrichir la vie des

UNE QUALITÉ FONDAMENTALE CHEZ UN MAÎTRE EST DE SOULIGNER AUPRÈS DE SON ENTOURAGE ET DE SON APPRENTI LA CONTRIBUTION DE CE DERNIER À SA PROPRE MAÎTRISE.

satisfaction. Elle reçoit quelque chose de son bébé alors même qu'elle lui donne le lait nourrissant. Ainsi, selon Laing (1971), la réciprocité - donner et recevoir du plaisir en l'occurrence - trouve son origine lointaine dans l'allaitement. Jean-François Le Goff (1999), dans son livre sur *Parentification et thérapie familiale*, nous éclaire sur les conséquences du refus

autres tout autant que de recevoir des autres. La réciprocité fait partie intime de la nature de la relation.

Dans un autre ordre d'idée, différente mais complémentaire, Le Goff (1999) estime que « la considération et l'attention aux intérêts de l'autre sont d'une importance capitale pour créer une relation digne de confiance ».

Je pense que le besoin d'être et de grandir de tout être humain se puise avant tout à la source de la réciprocité de la relation ; et la confiance est un de ses ingrédients indispensables.

donner?». Boszormenyi-Nagy (1986) nous explique qu'une personne qui, dans une relation, n'a pas ou peu la possibilité de « donner », se retrouve en position de payer certaines dettes

moment de rencontre avec une jeune hébergée au campus des Quatre Vents à Saint-Donat, où j'ai travaillé comme intervenant. C'est un centre de réadaptation pour des jeunes qui ont des problèmes de santé mentale associés à des troubles graves du comportement.

DANS LES CENTRES JEUNESSE, LES INTERVENANTS SONT LES TÉMOINS QUOTIDIENS DE LA PERTE DE CONFIANCE EN SOI, DE JEUNES ET DE FAMILLES BLESSÉS PAR DES ÉCHECS À RÉPÉTITION.

Dans les centres jeunesse, les intervenants sont les témoins quotidiens de la perte de confiance en soi, de jeunes et de familles blessés par des échecs à répétition. Ils sont les témoins de l'espoir évanoui de jeunes et de familles se percevant indignes de recevoir et de donner, à cause d'une estime de soi totalement disparue ou presque. Nous observons alors trop souvent ce cycle décrit par Laing (1971) un peu plus haut, où, par une trop grande absence de réciprocité en termes de donner et de recevoir, la relation devient plus destructive que constructive. Il devient difficile pour les intervenants, les jeunes et les familles qu'ils accompagnent, d'inverser cette tendance. La perte de confiance en soi est si grande, que nous nous retrouvons à tenter de renverser un cercle vicieux qui se perpétue : moins je donne et je reçois, moins je crois que cela puisse advenir.

PERMETTRE DE DONNER

Le socle de la réciprocité transformatrice est composé de deux niveaux.

Le premier niveau questionne une évidence : un des besoins fondamentaux de l'être humain est de **se sentir utile**. Une fois ce postulat accepté, en tant qu'intervenant, nous avons la responsabilité de nous poser la question suivante : « Que puis-je faire pour que les personnes que j'accompagne se sentent utiles en se retrouvant parfois dans la position de

relationnelles. Sans chercher une solution dans un équilibre qui serait utopique, tenter de rétablir une circularité en la matière aiderait les jeunes et les familles à retrouver leur fierté, leur dignité.

Dans ses travaux sur la résilience, Cyrulnik (2001, 2003) nous explique combien il est déterminant pour l'enfant blessé de se trouver en position de « donner ». Cela lui permet de se sentir généreux. Son estime de soi, grandie par le cadeau, provoque un sentiment de bien-être et participe à la qualité du lien. Cyrulnik va jusqu'à penser que les enfants devenus résilients ont été ceux qui s'étaient donné le droit de donner, alors qu'ils étaient dans le plus grand désespoir. Il ajoute que cela « sort » l'enfant de sa position de victime et qu'il peut alors éprouver un sentiment de bonheur. Il devient l'enfant capable d'aider, et en ce sens, il se sent fort.

Cyrulnik relate l'exemple de ces fillettes violées, qui devenues adultes, témoignent que ce n'est pas la compassion qui les a le plus aidées, mais le sentiment d'avoir compris dans le regard des autres qu'on croyait en elles. Elles témoignent que « c'est le fait de leur demander de l'aide qui a le plus efficacement reconstitué leur estime de femme blessée » (2001).

Continuons d'explorer ce thème, « permettre de donner », au détour d'une vignette clinique évoquant un

INTERSECTION SINGULIÈRE : LIEN ENTRE UNE JEUNE ET UN INTERVENANT AUTOUR D'UNE COMPÉTENCE

Florence est une jeune de 17 ans. Elle est impulsive et fait souvent preuve de violence. C'est sa signature pour mettre en échec toute tentative qui favoriserait chez elle un sentiment de réussite. En d'autres termes, c'est une propension bien inconsciente à confirmer, selon moi, l'image très négative qu'elle a d'elle-même : « Je suis une fille sans valeur et je vais vous le prouver ». Combien de jeunes et de familles nous confrontent à cette équation si difficile à résoudre, quand nous tentons de mobiliser leurs ressources pour favoriser un changement vers « un mieux-être » ?

Pour commencer, je dois vous parler de l'intersection particulière entre Florence et moi dans cet exemple. Une des déceptions de ma vie d'enfant, puis de jeune adolescent, était d'atteindre des sommets de nullité en dessin. Il se trouve que Florence a un talent incroyable en dessin. Elle est capable de reproduire une photo, un dessin à main levée à une vitesse étonnante, avec une précision et une qualité époustouflantes. Bien entendu, lorsqu'elle est en colère, elle détruit ses œuvres d'art.

Un jour, je lui fais une demande : « Accepterais-tu de m'apprendre à dessiner ? Je suis incapable de dessiner. Ça me fascine de voir ton talent, peux-tu m'expliquer concrètement comment tu fais ? ».

Florence est surprise par ma demande. Sa première réaction m'étonne : elle est convaincue que je ne suis pas si mauvais que je prétends l'être. Elle semble ne pas apprécier que je me trouve « mauvais » en dessin et elle va tout faire pour me prouver le contraire !

Cette expérience a duré un mois et demi car Florence atteignait ensuite l'âge de dix-huit ans qui l'obligeait à quitter le centre. Pendant ce temps, elle m'a donné un cours d'une heure

comprend aisément ; sa « difficulté » réside dans l'engagement qu'il implique pour l'intervenant, notamment en termes de regard sur soi. L'application du principe philosophique peut être aussi simple que l'expérience partagée avec Florence, si l'on ose sortir un peu des sentiers classiques de l'intervention et faire preuve de créativité.

Être en position de « donner » implique qu'il faut quelqu'un pour « recevoir le don ». Quelles en sont

ÊTRE EN POSITION DE « DONNER » IMPLIQUE QU'IL FAUT QUELQU'UN POUR « RECEVOIR LE DON ».

par semaine. Elle est arrivée à me faire produire un dessin de nature morte que jamais je n'aurais pensé être capable de faire.

Sans savoir l'impact de cette intervention à long terme, je peux témoigner que pendant ce mois et demi, lors de ma présence sur l'unité, la diminution des colères et de la violence de Florence a été très significative. Elle était fière de me rappeler très fréquemment : « Tu vois, tu es bien meilleur que tu croyais pour le dessin ! » Cette expérience a clairement modifié la nature de notre relation : je n'étais pas uniquement l'aidant et elle, l'aidée. Une fois par semaine, ce rôle était inversé. Cela peut paraître simple voire insignifiant, mais Florence pouvait alors faire l'expérience de **se sentir utile**.

J'étais étonné de la voir déployer des trésors de pédagogie, en ce sens qu'elle était à la recherche du moindre indice de mes compétences pour en faire un levier de progression pour moi. Et elle y arrivait... alors que ce n'était pas un moindre défi.

Cet exemple met en relief la considération suivante : le concept de réciprocité transformatrice se

les conséquences pour l'intervenant accompagnant un jeune, un adulte ou une famille ? Nous aborderons deux dimensions pour étudier cette question : la première est une réflexion sur la motivation d'un être humain à épouser le métier de la relation d'aide. Elle a un effet sur la seconde dimension, qui aborde plus spécifiquement la posture professionnelle suivante : « accepter de recevoir ».

ÊTRE INTERVENANT, POURQUOI ?

Je n'ai nullement la prétention de répondre à cette énigme dans ces quelques lignes. Mon propos est de faire le lien entre ce thème et le concept de réciprocité transformatrice, dans le contexte de la relation d'aide.

Le cœur du livre que j'ai écrit en 2006 est un travail autobiographique expliquant, notamment en prenant sa source au cœur de ma vie, pourquoi je suis devenu intervenant en relation d'aide. Au fil des pages, je tisse des liens entre ma vie personnelle et professionnelle.

Lorsqu'en 1993 je me découvrais une motivation nouvelle à faire le métier d'éducateur, j'errais d'un travail à un autre avec plus ou moins de bonheur. En ce temps-là, j'étais encore marqué inconsciemment par la mort de ma mère, sept ans plus tôt. La réorganisation familiale avait amplifié, au fil des années qui passaient, le manque crucial d'une reconnaissance et d'une valorisation de fond de mon père. C'est alors qu'en 1993, j'ai eu la chance de trouver un emploi comme éducateur non diplômé, dans une institution pour adultes déficients intellectuels. J'ai découvert la générosité de ces personnes, leur aisance à partager leurs émotions, qui contrastaient avec ma déficience en la matière. Par ailleurs, le regard de mes amis et de connaissances moins proches était valorisant. J'entendais ici et là assez souvent, ce que tout intervenant, je présume, a entendu plusieurs fois dans sa vie : « Tu es vraiment courageux de faire ce métier, tu as du mérite ». C'est certain, cette reconnaissance était un baume déposé sur une blessure ancienne qui sapait ma confiance - notamment la relation que j'évoquais ci-dessus avec mon père. Je n'envisageais pas cette réflexion : peut-être avais-je plus besoin de la présence des adultes déficients intellectuels, qu'eux n'avaient besoin de moi ? Ainsi, ma vie professionnelle s'inscrivait dans les pas de manques qui étaient autant d'empreintes à la recherche d'un souffle réparateur.

Je découvrais dans la recherche en maîtrise, grâce à un processus alliant écriture rigoureuse et écriture intuitive, que les grands thèmes de ma vie étaient en dialogue inconscient avec mes choix professionnels. Ces thèmes sont universels puisqu'il est question de la relation à son père, à sa mère, à l'amour et à la mort ; chacun porte en lui cette universalité avec ses couleurs singulières.

Un regard sur la littérature me montrait que cette question était évoquée ici et là, mais jamais étudiée à ma connaissance avec une plume cherchant l'encre au cœur même de la vie d'une personne. C'est ce que j'ai tenté de faire. Certains auteurs confirmaient mes intuitions. Ainsi, Edith Glodbetter-Merinfeld (1999), qui forme des thérapeutes familiaux, a constaté que tous ses étudiants ont tenté spontanément ou officiel-

ainsi nous donner la chance de saisir parfois avec distance nos propres blessures, et finalement, doucement les intégrer pour nous-mêmes comme partie de notre condition humaine.

Je pense que ce sera une très grande chance, le jour où ces considérations seront prises en compte dans les programmes de formation. Effectivement, ce serait l'opportunité de favoriser la circularité en termes

considérer et favoriser la réciprocité transformatrice met directement en jeu le sens de l'engagement des professionnels. Il exige une rigueur en termes de regard sur soi. Effectivement, la quête de sens de l'intervenant nécessite de prendre en considération les conditions de finitude, qui nous renvoient à notre condition de mortel, donc à nos limites et à nos fragilités ; de solitude, qui impliquent notamment que nous ne pouvons tout combler chez l'autre ; et les situations d'incertitude, qui nous obligent à reconnaître la complexité de l'être humain (travail de recherche sur le développement du souci éthique, sous la direction de Pierre-Paul Parent et Pierre Fortin, 2004).

L'EXPÉRIENCE D'INTERVENANT PEUT AINSI NOUS DONNER LA CHANCE DE SAISIR PARFOIS AVEC DISTANCE NOS PROPRES BLESSURES, ET FINALEMENT, DOUCEMENT LES INTÉGRER POUR NOUS-MÊMES COMME PARTIE DE NOTRE CONDITION HUMAINE.

lement d'être en quelque sorte les thérapeutes de leur propre famille. Par ailleurs, elle remarquait que tous restaient avec un sentiment d'échec et que, de surcroît, ils en avaient parfois eu la remarque par leur famille.

De son côté, Carl Whitaker (1998), un des pionniers de la thérapie familiale, écrivait dans un style provoquant qui le caractérise : « En tant que psychiatre, je suis persuadé que tous ceux qui sont devenus psychiatres l'ont fait en raison de leur préoccupation et leur inquiétude vis-à-vis leur propre folie, et avec l'espoir de dépasser cette folie afin de ne pas s'autodétruire ».

Pour ma part, bien qu'il faille se méfier des généralités, je pense que la nature de l'engagement des intervenants en relation d'aide, quelle que soit la forme qu'il prend, peut trouver son origine notamment dans une recherche de réparation de blessures le plus souvent enfouies. Si j'étais aussi provocateur que l'était Whitaker, je suggérerais que l'accompagnement de personnes en difficulté pourrait avoir pour fonction de garder enterrées de vieilles blessures, des souffrances ou, à l'occasion, un désir de réparation. L'expérience d'intervenant peut

de donner et de recevoir dans la relation d'aide. Dépasser le regard unidirectionnel postulant qu'il y a seulement une personne qui aide et l'autre qui est aidée est fondamental pour favoriser les transformations réciproques. Si j'accepte l'idée qu'être en relation d'aide avec des personnes ayant des difficultés est aussi une chance de dépasser et mettre un baume sur certaines de mes blessures, cela aura un impact majeur sur la nature de mon engagement. Conséquemment, la relation devient le prétexte de l'épanouissement de la réciprocité, ce qui est aussi, nous l'avons vu au début de cet article, une de ses caractéristiques premières.

Cette réflexion sur la nature de l'engagement des intervenants est une voie royale à un élément central de la réciprocité transformatrice : « accepter de recevoir ». C'est ici que la relation d'aide mute selon moi vers une relation d'être.

ACCEPTER DE RECEVOIR

Cultiver en soi un espace où nous pouvons être en position de « recevoir » des gens que nous accompagnons est exigeant. Car

Attention, la réciprocité transformatrice, bien que simple en apparence, n'est surtout pas juste une question de « bonté de cœur ». Certes, accepter de recevoir des personnes que j'accompagne et qui sont en difficulté, nous invite à un mouvement favorisant l'intégration d'une posture humaniste. Si nous nous arrêtons là, nous risquerions de cristalliser cette réflexion en altruisme qui cacherait un « angélisme » dangereux pour la qualité de notre travail. Jacqueline Prud'Homme, lors d'une conférence, évoquait une métaphore pour qualifier la rigueur que nécessite le travail en relation d'aide : « vous devez tisser une corde solide entre la tête et le cœur » (2006). Promouvoir la réciprocité transformatrice ne peut se faire sans cette rigueur.

Enfin, nous constatons avec Ricoeur (2004) que la position de recevoir est « la catégorie pivot de la réciprocité, celle qui confère au don premier la seule "valeur" qu'il puisse jamais avoir : la valeur non mesurable de la générosité, de la gratitude et de la reconnaissance ».

Quelles exigences cela implique-t-il pour l'intervenant ? Pour ouvrir des pistes de réflexion, je vais décrire une vignette clinique. Il s'agit spécifiquement d'une intervention téléphonique avec la mère d'une jeune que j'accompagnais et qui était placé aux Quatre Vents, à Saint-Donat. Pour situer le contexte de cet accompagnement, j'ajouterais que je tentais

Après les politesses de circonstances, j'explique à madame Blanche (nom d'emprunt), qu'elle n'est nullement obligée de venir à la fête famille. Je lui explique le contexte de cette fête, précisant qu'il s'agit d'une journée de détente, l'objectif étant de mieux se connaître et de passer une belle journée. Par ailleurs, je lui explique combien il serait important pour

décision, vous pouvez être assurée que nous ferons toujours le maximum pour tenter d'améliorer le quotidien de votre fille, mais aujourd'hui, je vous répète que, sans vous, je suis pessimiste quant à cette amélioration. Si vous n'êtes pas à l'aise de venir au centre, je peux me déplacer pour vous rencontrer avec Laura et ses frères ».

« IL EST ABERRANT DE ME PASSER DE VOTRE EXPERTISE DE MÈRE, EN CE SENS QUE C'EST VOUS QUI CONNAISSEZ LE MIEUX VOTRE FILLE ».

Madame Blanche m'a invité à venir chez elle et ce fut la première de trois rencontres qui fit débloquer la situation au-delà de mes espérances.

d'établir un travail de collaboration avec la mère de la jeune depuis deux mois, sans succès probant. Certes, il s'agissait des mois d'été, mais je n'avais tout simplement pas réussi à provoquer une rencontre familiale, qui me semblait si importante, malgré des échanges téléphoniques enrichissants.

moi de pouvoir la rencontrer dans un autre contexte pour échanger sur la situation de Laura. Elle me fait alors une réponse qui me surprend : « Christophe, je n'ai pas de problèmes comme parent. Laura a un diagnostic de schizophrène et je n'y peux rien ». Je prenais conscience que, pour madame Blanche, venir au centre équivalait à : « Je suis une mère pas correcte qui doit changer des choses pour améliorer l'état de santé de ma fille ». Je lui avais dit au début de l'accompagnement combien il était important pour moi de la rencontrer, pour qu'elle m'aide dans mon travail avec sa fille.

« Accepter de recevoir » des personnes que nous accompagnons et de leur famille implique parfois de nommer nos limites. Nous favorisons ainsi la création d'un nouvel espace où ces derniers peuvent se mobiliser pour donner le meilleur d'eux-mêmes. J'ai remarqué que c'était une voie efficace, d'autant plus que les jeunes et les familles sont généreux. Ils ont de grandes difficultés à prendre soin d'eux-mêmes, mais s'impliquent plus facilement pour aider les autres. Par ailleurs, nul dans la vie n'est tout-puissant et ne peut améliorer, voire régler seul des situations problématiques.

Je suis dans le bureau avec la jeune que j'appellerai Laura (nom d'emprunt). Nous discutons sur « la fête famille » de l'unité où est placée Laura, fête à l'occasion du Festival des couleurs organisé par le village de Saint-Donat.

Je lui réponds : « Ce n'est pas pour ça que je souhaiterais vous voir. Je pense que je n'ai pas assez insisté pour vous dire combien il était important pour

Dans la situation décrite ci-dessus, j'ai réussi à mobiliser la mère pour des rencontres avec toute la famille en expliquant mes limites et en ouvrant

Laura désire la venue de sa mère à cette fête, mais elle doute d'obtenir une réponse favorable. Je tempère quelque peu son pessimisme en lui disant qu'elle aura peut-être une surprise agréable lorsqu'elle en parlera avec sa mère. Elle souhaite appeler sa mère tout de suite et me demande si je suis d'accord de l'aider à la convaincre si cela est nécessaire.

NUL DANS LA VIE N'EST TOUT-UISSANT ET NE PEUT AMÉLIORER, VOIRE RÉGLER SEUL DES SITUATIONS PROBLÉMATIQUES.

Laura parle à sa mère et je m'aperçois rapidement que cette dernière semble ne pas vouloir venir. Pour tenter de la convaincre, sa fille lui dit que c'est une obligation ! La discussion entre Laura et sa mère semble « tourner en rond ». Je demande à Laura de me passer sa mère. Elle accepte.

moi de vous rencontrer, vous et les frères de Laura. Je pense que nous sommes parvenus au maximum de ce que nous pouvions faire avec Laura. J'ai besoin de vous pour que nous ayons une chance qu'elle continue de progresser. N'oubliez pas que vous êtes la personne qui connaissez le mieux Laura et qu'il me paraît aberrant de me passer de cette connaissance. Quelle que soit votre

un espace d'implication pour la mère : « Il est aberrant de me passer de votre expertise de mère, en ce sens que c'est vous qui connaissez le mieux votre fille ». Bien entendu, lorsque nous prenons de telles positions, il faut en être intimement convaincu.

Linda Roy et Pierre Asselin, qui animent un groupe de supervision clinique auquel je participe, nous

rappellent souvent que « nous avons la responsabilité du processus relationnel ». Mon exemple avec madame Blanche montre comment j'ai tenté de modifier le processus relationnel pour ouvrir sur des changements. C'est là que nous

être un chemin obligé pour mobiliser les compétences des familles. Nous n'avons pas le luxe de nous en passer et encore moins, les familles en détresse. Il est important de faire plus que s'y attarder, surtout si nous adhérons au postulat proposé par

Ces considérations éthiques indiquent à quel point il est indispensable pour la qualité de la relation d'aide de répondre à l'invitation de Mony Elkaim (1989) lorsqu'il évoque l'importance de tenter de comprendre les résonances entre le système familial du jeune et le système familial de l'intervenant. Engagé dans une telle démarche, l'intervenant va « creuser » le sillon de sa propre humanité en s'appuyant sur ce qu'il vit dans la rencontre avec les personnes qu'il accompagne. Grâce à cette rigueur, la réciprocité transformatrice deviendra vive sans qu'il ne soit nullement besoin de la nommer. Elle sera inscrite naturellement dans le lien, tout autant que la réciprocité est naturelle à la relation.

IL FAUT PARFOIS OSER CONFRONTER LES GENS POUR LES RESPONSABILISER.

retrouvons la question délicate de la place de l'intervenant. En ce sens, notre travail est subtil : car si nous avons la responsabilité du processus relationnel, nous avons aussi celle de ne pas envahir les gens de nos intuitions « brutes », en tombant, par exemple « amoureux de nos hypothèses » et en les imposant comme des vérités, ce qui étouffe la potentiel créateur de la vie.

Guy Ausloos (1995) à savoir « qu'un système vivant ne peut se poser que des problèmes qu'il est capable de résoudre ». Et il ajoute : « Ceci n'implique pas que les systèmes résolvent tous leurs problèmes, mais qu'ils sont compétents pour résoudre les problèmes que leur fonctionnement lui-même a suscités ».

Être engagé dans un processus de supervision me semble nécessaire pour la santé des intervenants. L'idée de la transformation réciproque pourrait juste apparaître belle sur son versant humaniste mais tenter de l'incarner quand la rencontre avec

Cette vignette clinique met en relief deux éléments qui ont un impact sur la transformation réciproque possible entre un intervenant, une jeune et sa famille :

- en sollicitant la mère comme je l'ai fait, je la responsabilise dans son rôle de parent ;
- cela a pour effet de l'impliquer et l'a amené par la suite à m'aider grandement dans la situation de sa fille. Sans cette nouvelle implication de la mère, nous n'aurions jamais eu les résultats que nous avons eus avec Laura. En outre, cette démarche permet de respecter la loyauté de Laura pour sa mère. C'est un élément fondamental, selon moi, pour la réussite de tous les accompagnements.

Ne pas avoir peur de reconnaître et de nommer nos limites peut parfois

Comme nous venons de le voir, trouver les voies qui vont permettre aux jeunes et aux familles de donner, et aux intervenants de recevoir, n'a rien d'évident. Il faut parfois oser confronter les gens pour les

NE PAS AVOIR PEUR DE RECONNAÎTRE ET DE NOMMER NOS LIMITES PEUT PARFOIS ÊTRE UN CHEMIN OBLIGÉ POUR MOBILISER LES COMPÉTENCES DES FAMILLES.

responsabiliser, notamment en ayant l'humilité de nommer nos limites. Le premier outil de l'intervenant est lui-même en tant que personne ayant une histoire. Dans l'exemple de Laura, j'étais en proie avec les questions éthiques soulevées par Pierre-Paul Parent et Paul Fortin et qui concernent la finitude (mes limites émanant de résonances avec mon histoire dans la situation de Laura) ; la solitude (seul, je ne pouvais rien) ; l'incertitude (la complexité de la situation de Laura, de ses comportements symptomatiques, de ma difficulté à travailler avec sa famille m'invitait à une attitude d'ouverture et de disponibilité à sa mère).

l'autre se fait essentiellement sur le terreau de la souffrance et des difficultés que vivaient les personnes accompagnées comporte des exigences. Les dépassements des uns et des autres n'en sont que plus beaux parfois...

J'inviterais enfin les lecteurs à se poser cette question, postulant qu'il y a consensus sur l'importance que les personnes que nous accompagnons puissent avoir la chance d'être parfois dans une position de donner :

Quels éléments vont être favorables pour que les jeunes et les familles « donnent » le meilleur d'eux-mêmes ?

Pour terminer, comme il est impossible dans un article de faire le tour du sujet présenté ici, ceux qui sont intéressés pourront prolonger cette réflexion à la lecture de mon livre. Vous y trouverez les pistes de réflexions que j'ai dégagées pour répondre à cette question. Vous serez aussi les témoins des influences intimes entre ma vie personnelle et professionnelle. Finalement, j'aimerais vous inviter à ce voyage, en citant Jean-Pierre Gagnier qui a écrit ceci sur mon livre (2006) :

« On s'y associe en se laissant rejoindre, on y voyage en étant conscient de partir de sa propre rive, disposé à donner et à recevoir. En parallèle avec lui, le lecteur est incité à réfléchir au sens et à la portée des occasions de rencontres avec autrui. Il est amené à revisiter des espaces de sa propre vie, à dégager délicatement ses découvertes, à les relier à des enjeux de son existence ». <



Cet article suscite chez vous des réactions, des commentaires, des réflexions. Le comité de la revue *Défi jeunesse* aimerait vous lire. N'hésitez pas à les lui faire parvenir par courrier ou courriel aux adresses indiquées sur la page du sommaire.

NOTES

- 1 Élément de base de la théorie de la communication développée par Paul Watzlawick.
- 2 Voir concept de résonance de Mony Elkaim.
- 3 *De la relation d'aide à la relation d'êtres*, Éditions L'Harmattan, Collection Histoire de Vie et Formation. Ce livre est disponible à la librairie Gallimard, 3700, boul. Saint-Laurent, Montréal 514 499-2012, www.gallimardmontreal.com. Il est également possible de la commander dans toutes les librairies.
- 4 Je présente la situation complète de Laura dans mon livre.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Ausloos, G. (1995). *La compétence des familles*, Ramonville Saint-Agnes, Éditions Érès.
- Boszormenyi-Nagy, I. (1986). *Between Give and Take, a Clinical Guide to Contextual Therapy*, New-York, Brunner/Mazel.
- Bowlby, J. (1973). *Separation, Attachment and Loss*, New-York, Basic Books.
- Cyrulnik, B. (2001). *Les vilains petits canards*, Paris, Éditions Odile Jacob.
- Cyrulnik, B. (2003). *Le murmure des fantômes*, Paris, Éditions Odile Jacob.
- Devos, A. (2007). Article sur le livre *De la relation d'aide à la relation d'êtres* sur le site : www.levillagesystemique.org. Belgique.
- Elkaim, M. (1989). *Si tu m'aimes ne m'aime pas*, Paris, Éditions du Seuil.
- Fortin, P. et P.-P. Parent. (2004). *Le souci éthique dans les pratiques professionnelles*, Paris, Éditions L'Harmattan, Collection Éthique en contexte.
- Gagnon, C. (2006). *De la relation d'aide à la relation d'êtres*, Paris, Éditions L'Harmattan, Collection Histoire de Vie et Formation.
- Labelle, J.-M. (1996). *La réciprocité éducative*, Paris, Éditions Presses Universitaires de France.
- Laing, R.D. (1971). *Sanity, Madness and the Families : Families of Schizophrenics*, New-York, Basic Books.
- Le Goff, J.-F. (1999). *L'enfant, parent de ses parents*, Paris, Éditions L'Harmattan, Collection Les thérapies familiales aujourd'hui.
- Malherbe, J.-F. (1997). *La conscience en liberté*, Québec, Éditions Fidès.
- Ricoeur, P. (2004). *Parcours de la reconnaissance*, Paris, Éditions du Seuil.
- Stern, D. (1997). *La constellation maternelle*, Paris, Calman-Levy.
- Trappeniers, É. (2004). *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, « Secrets, secrets », no 33, Collection De Boeck Université.
- Watzlawick, P. (1979). *Une logique de la communication*, Éditions du Seuil.
- Whitaker, C. (1998). *Les rêveries d'un thérapeute familial*, Paris, Éditions ESF.

*« Vous avez permis de changer une vie,
n'est-ce pas là un miracle dont ne peuvent se vanter
la majorité des êtres humains sur cette planète ? »*