

Chapitre 11 – Exploration de la méthode au sein d'une équipe Sos-Enfants de Belgique.

- Quentin Bullens (coll.)^{*} -

Quelques semaines avant la remise des chapitres, Francis Alföldi nous a demandé de participer au présent ouvrage. A cette même période a eu lieu la conférence où nous avons invité l'auteur à venir présenter sa méthode à nos confrères des services Sos-enfants. Lors de cette journée, notre équipe a fait part de son expérience d'appropriation de la méthode Alföldi. Le chapitre traite donc de ce parcours, depuis les premiers pas jusqu'aux questionnements persistants. Nous relatons l'expérience d'une équipe qui s'interroge sur la manière dont peut s'organiser le partage des compétences, des informations, des recommandations, de tout ce qu'il est utile de coordonner, lorsque l'on parle d'enfance maltraitée. Notre contribution commence par une description du contexte des équipes Sos-enfants. Nous abordons brièvement les questionnements nous ayant menés à la méthode et les problèmes soulevés par celle-ci. Le processus d'appropriation est ensuite décrit au moyen d'un exemple clinique en deux temps : notre première adaptation de la méthode, puis les corrections suite aux recommandations de l'auteur. Enfin, nous concluons sur les perspectives actuelles.

*
* *

Fondées en 1979 à partir d'une recherche-action, les équipes Sos-enfants de la communauté française de Belgique sont actuellement régies par le décret du 12 mai 2004¹². Au nombre de quatorze, elles regroupent les fonctions suivantes : médecin généraliste ou pédiatre, psychiatre ou pédopsychiatre, psychologue, assistant social, juriste, secrétaire administratif et coordinateur. Les équipes Sos-enfants sont amenées à intervenir dans des situations de maltraitance avérée ou soupçonnée. Que les faits soient clairs ou insidieux, les équipes se trouvent continuellement face aux deux plateaux d'une même balance : *le diagnostic et l'aide*.

Au sein des équipes Sos-enfants, chaque intervenant est détenteur d'un savoir-faire diagnostique en rapport avec la discipline qu'il exerce. Mais en matière de maltraitance infantile, le diagnostic s'entend différemment. Il requiert en plus de l'avis de chaque spécialiste, une analyse pluridisciplinaire du fonctionnement général et particulier du système humain gravitant autour de l'enfant. Le diagnostic conduit alors à quantifier et/ou qualifier la manière dont ce système porte préjudice à cet enfant.

* Quentin Bullens est psychologue et psychothérapeute

¹ Ministère de la Communauté Française : (2004-05-12). *Décret relatif à l'aide aux enfants victimes de maltraitance*. <http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi/welcome.pl>

² Leclair D., (2005). *Les équipes Sos-enfants*. Office de la Naissance et de l'Enfance, Bruxelles.

Ainsi, pour le médecin la tâche peut être le repérage des différents symptômes constitutifs d'un syndrome somatique. Le psychologue ou le psychiatre, en fonction de l'orientation de son travail, mettra en avant une structure de personnalité ou un fonctionnement familial. Et il en va de même pour chaque intervenant dans sa discipline. Les membres d'une équipe Sos-enfants doivent non seulement articuler les différents points de vue, il leur incombe aussi de tirer des conclusions cohérentes au bien être de l'enfant.

Le même raisonnement est applicable à l'aide aux personnes. Comme nous l'avons dit, il s'agit des deux plateaux d'une même balance et nous pouvons penser qu'en matière de maltraitance infantile, l'aide sans diagnostic est aussi insensée qu'un diagnostic qui n'aurait pas visée d'aide. Proposerions-nous une thérapie à un enfant dont on ne sait rien ? A contrario, nous contenterions-nous de diagnostiquer une fracture chez un patient sans envisager de l'aider ? Non bien évidemment ! Quelles que soient les orientations de ses intervenants, l'équipe Sos-enfants ne peut tenir compte de l'un sans l'autre. En matière d'aide, se posent les mêmes challenges qu'en matière de diagnostic. Chaque spécialiste propose l'action qui lui semble la plus adéquate en fonction de son appréciation mais également du diagnostic co-établi par les membres de l'équipe. Il reste à ce que les aides envisagées co-existent sans court-circuiter, pour inscrire le système familial dans une perspective d'évolution cohérente. Ainsi, les différents membres d'une équipe Sos-enfants, forts de la discipline qu'ils représentent, contribuent à l'élaboration d'un diagnostic pluridisciplinaire concernant une situation de maltraitance infantile.

Autre questionnement : qui est le bénéficiaire du diagnostic, qui en est le destinataire ? L'enfant doit toujours être le bénéficiaire. L'entourage aussi, si cela profite à l'enfant. Au-delà de ce principe fondamental, les diagnostics Sos-enfants ont trois types de destinataires. Le premier est l'équipe des professionnels, qui avant de venir en aide, évalue la situation de l'enfant et sa gravité. Le second destinataire est le mandant : certains services peuvent confier aux équipes Sos-enfants un mandat³ leur demandant d'évaluer une situation de maltraitance. Une fois établi, le diagnostic de l'équipe Sos-enfants est transmis au service mandant, le plus souvent sous la forme d'un rapport. Le troisième type de destinataire correspond au réseau partenarial ; il relève d'une dynamique différente et il n'en sera pas présentement question.

En ce qui concerne les autorités mandantes, en Belgique, trois instances sont susceptibles de donner mandat aux équipes Sos-enfants : le Service d'Aide à la Jeunesse (SAJ), le Service de Protection Judiciaire (SPJ) et le Tribunal de la Jeunesse (TJ).

Le SAJ est un service exclusivement social composé de *délégués*, généralement gradués en matière sociale ; il est coordonné par un *conseiller d'aide à la jeunesse* (également gradué). L'autorité du SAJ est essentiellement morale. Pour agir, il lui faut obtenir le consentement de la famille ou du jeune de plus de quatorze ans. Schématiquement, on peut considérer que le rôle du service consiste à mettre en lumière les éléments d'une situation, dans laquelle un ou plusieurs enfants doivent bénéficier d'un soutien. Il lui incombe également de proposer et mettre en place les

³ Articles 36 § 3 et 38 du décret relatif à l'aide à la jeunesse du 4 mars 1991.

aides nécessaires. Pour contribuer à cette tâche, le SAJ peut donner mandat à certains partenaires dont font partie, pour les cas de maltraitance suspectée ou avérée, les équipes Sos-enfants.

Le SPJ est un service charnière entre l'autorité judiciaire et le secteur social. Il est également composé de *délégués* et coordonné par un *directeur de l'aide à la jeunesse* (généralement gradués en matière sociale). Le rôle du SPJ revient à mettre en œuvre des injonctions provenant du système judiciaire ou proposer à celui-ci des pistes d'aide. Il ne lui est dès lors pas nécessaire d'obtenir le consentement de la famille ou du jeune de plus de quatorze ans. Le SPJ peut donc mandater les équipes Sos-enfants pour une demande d'éclaircissement ou une demande d'aide. Tout en étant judiciaire, son autorité passe par l'intermédiaire d'un travailleur social et non directement par un acteur juridique.

Enfin, le TJ peut également donner mandat aux équipes Sos-enfants pour les raisons précédemment invoquées. Choisisant de ne pas passer par l'intermédiaire social, il s'abstient de saisir le SPJ. L'autorité est donc ici strictement judiciaire et les protagonistes (enfants, familles, équipes) ont directement contact avec les acteurs judiciaires et principalement les juges.

En résumé, l'enfant doit toujours être le bénéficiaire du travail de l'équipe Sos-enfants. Mais le diagnostic s'adresse aussi à nos partenaires : équipe pluridisciplinaire, service social, service juridique ou socio-juridique. Telle est dans ses grandes lignes, l'implication des équipes Sos-enfants dans le système d'aide aux mineurs victimes de maltraitance.

En interne, l'essentiel est de communiquer entre professionnels de disciplines différentes autour d'un même thème : la maltraitance infantile. A l'extérieur, l'équipe doit se faire comprendre par ses partenaires de travail ; son lexique doit être accessible aux mandants. Les enjeux du langage se manifestent principalement dans la rédaction des rapports. La figure qui suit schématise les grandes lignes de la communication écrite.

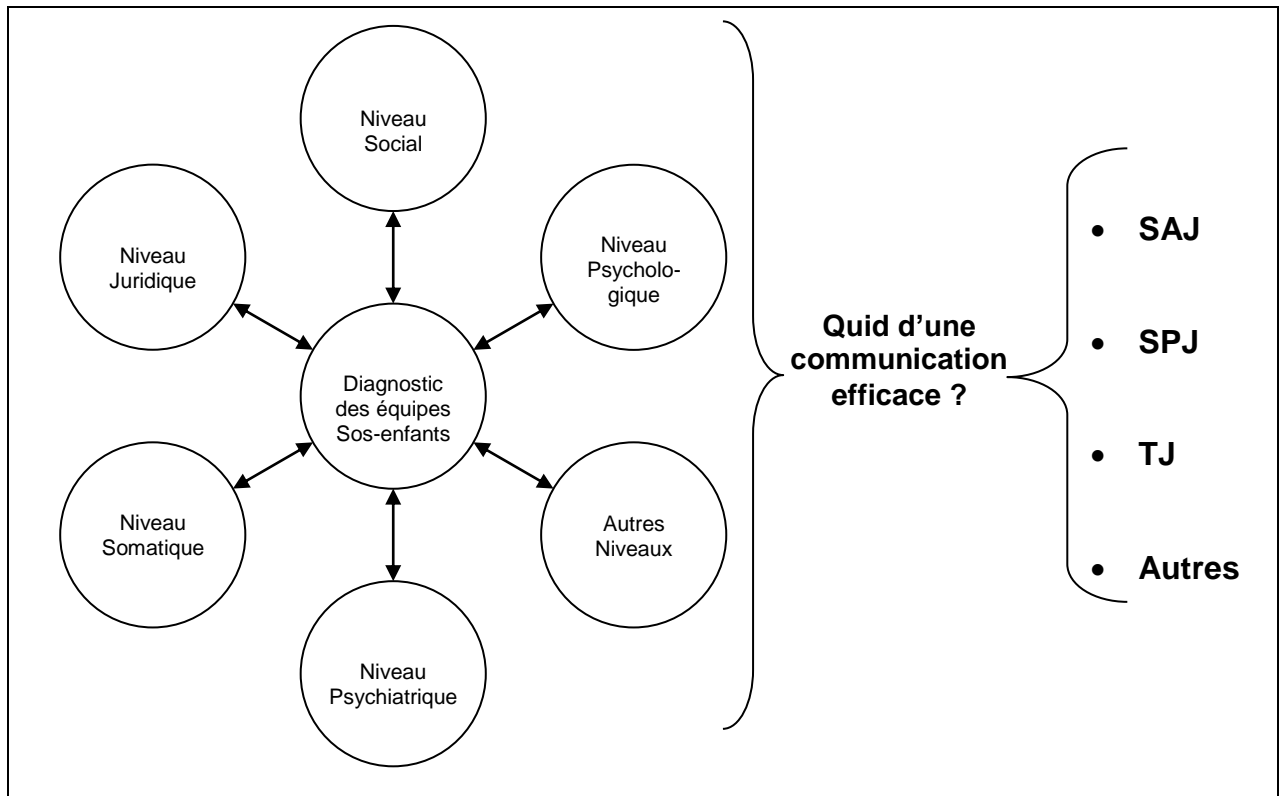


Figure 1. Synthèse des grandes lignes de la communication au sein et autour des équipes Sos-enfants.

Notre équipe est particulièrement attentive à la communication dans la transmission du diagnostic. L'enjeu est de parvenir à ce que les mandants prennent en compte notre avis de spécialiste au moment de la décision. Nous étions en quête d'un outil pour guider le discours de chaque intervenant sans réduire la spécificité de sa discipline. Nous avons prospecté dans la littérature spécialisée. La lecture du livre *Evaluer en protection de l'enfance* ayant éveillé notre intérêt, nous avons entrepris de nous initier à la méthode Alföldi et plus particulièrement à la technique du *généogramme d'évaluation*⁴.

*
* *

En quoi un modèle élaboré pour la France peut-il s'avérer compatible avec le système que nous connaissons en Belgique ? Comment allons-nous nous adapter à la méthode et comment peut-elle s'adapter à nous ? Combien de temps faudra-t-il pour l'utiliser ? Comment seront perçues l'utilisation et l'appropriation que nous avons engagée ? Ces questions, dès la mise au travail, nous ont taraudé l'esprit.

Nous réunissant une fois par mois autour d'*Evaluer en protection de l'enfance*, nous avons commencé à assimiler la méthode. Cette manière correspondait pleinement à notre pratique d'équipe. Nous avons mis en œuvre l'instrument en partant de nos questionnements quotidiens ; ce qui a rendu notre démarche plus captivante.

⁴ Alföldi F. : (2005). *Evaluer en protection de l'enfance*. Paris, Dunod, p. 181-217.

D'emblée nous avons nourri l'espoir de parer certaines difficultés rencontrées au cours de nos évaluations. Dans un premier temps, la lecture du livre de F. Alföldi s'est faite sous l'influence des interrogations du moment. A contrario des stages et conférences relevant de la formation classique, la méthode n'est pas venue à nous par l'intermédiaire d'un quelconque orateur, c'est nous qui sommes allés vers elle par le choix de nos lectures. Nous insistons sur ce point parce qu'il a eu des conséquences importantes quant à notre compréhension de la méthode Alföldi.

Nous cherchions avant tout, à nous approprier une méthode abordant le diagnostic en équipe et le traitement de la multitude des informations. Sans perdre notre liberté ni notre complexité, nous voulions disposer d'une méthode ajustée à la rédaction des rapports. Quel mot utiliser pour caractériser la situation d'un enfant ? Quand doit-on parler de maltraitance, de risque ? Pouvons-nous exprimer nos impressions, notre ressenti ? Comment faire part, simplement, de situations complexes ? Comment y parvenir sans que nos interprétations ne semblent arbitraires ? Quel vocabulaire utiliser pour faire comprendre aux mandants le degré de gravité affectant une situation ? Et comment ce vocabulaire peut-il accroître la cohérence des rapports ? Nous avons visé dans un premier temps le contenu de la méthode et non sa structure. N'accordant que peu d'attention à la trame instrumentale, nous avons ciblé la terminologie.

*
* *

Modifiant d'emblée les pré-requis de la méthode, nous avons choisi de ne pas répertorier d'exemples (ou *indicateurs* selon la terminologie de Alföldi). Dans le corps du rapport, nous avons uniquement porté les interprétations diagnostiques élaborées pour chaque discipline. L'équipe considérait que minimiser les interprétations et se concentrer sur des exemples, altérerait la spécificité de chacun. A ce stade, nous avons craint de réduire notre travail à un simple relevé factuel.

Le corps du rapport, tel que le préconisait l'ouvrage de F. Alföldi paraissait pour le moins indigeste. Nous avons alors estimé que seule la *conclusion modélisée* ferait office de rapport. Celle-ci reprenant synthétiquement les grandes lignes de nos observations, semblait offrir la possibilité d'un rapport concis et précis. Le tableau 1 présente la première expérimentation d'un rapport au mandant, dont le plan s'inspirait de la *conclusion modélisée*. Notre intention était d'épargner au décideur le jargon des différents spécialistes, tout en synthétisant la situation de l'enfant. Force nous a été de constater qu'un tel rapport semblait le fruit d'une pensée arbitraire et autoritaire envers la famille : cette façon d'écrire ne laissait que peu de place à la clinique.

Concerne : Sophie DUPONT, née le 21 août 1999
RAPPORT D'OBSERVATIONS

Origine de la demande

Le Service d'Aide à la Jeunesse nous mandate le ... pour une période de 6 mois afin de procéder à un bilan de la situation de Sophie suite à une suspicion de maltraitance physique.

Teneur de l'information

A partir d'informations collectées auprès du couple parental, de Sophie, du Service de l'Aide à la Jeunesse, du Centre X, du Centre XY, du Pédopsychiatre, des instituteurs de Sophie ainsi que du Centre PMS.

Critères d'évaluation

En référence au *Génogramme d'évaluation* de Francis Alfordi (2005) *Evaluer en protection de l'enfance*. Paris, Dunod. p. 181-217 ; au *Décret relatif à l'aide aux enfants victimes de maltraitance* du 12 mai 2004.

Dimension diagnostique

Etant donné la maltraitance psychologique subie par Sophie instrumentalisée dans les conflits familiaux.

Etant donné les risques psychologiques liés à cette même instrumentalisation ainsi qu'aux difficultés d'identification de la maman à Sophie et à la présence d'un contexte familial indifférencié.

Etant donné le risque physique lié aux antécédents de violences dans la famille et les accusations portées sur le papa de Sophie.

Etant donné le risque sexuel lié aux antécédents de la famille et de Sophie.

Etant donné les nombreuses manifestations de détresse de Sophie :

- énurésie nocturne,
- autodestruction de ses productions (dessins, bricolages...)
- augmentation de l'agitation à la maison,
- angoisses, insécurités, non-protection et isolement dans les jeux pendant les entretiens et à l'école,
- culpabilité, positionnement en victime, jeu pauvre, vécu d'intrusion relatif, censure de sa vie émotionnelle en séance et au CAT,
- vécu d'image parentale inquiétante et menaçante. (...)

Etant donné les capacités du couple à demander de l'aide, à se remettre en question en présence d'intervenants et à répondre aux besoins de base de Sophie.

Etant donné les capacités de Sophie sur le plan intellectuel, sa capacité à demander et surtout à utiliser l'aide ainsi qu'à se détacher du statut de victime.

Etant donné qu'il persiste des questions concernant la personnalité du papa et les lésions subies par Sophie.

Implication de l'intervenant

Considérant l'influence sur notre évaluation d'une prise de position de nombreux intervenants pour ou contre la famille et le manque de collaboration du papa contrebalancé par une bonne collaboration de la maman.

Enoncé d'évaluation

Nous estimons que **Sophie Dupont** est exposée à une maltraitance psychologique et à des risques physiques, sexuels et psychologiques associés aux ressources partielles des parents et aux capacités existantes de Sophie, et nous disons (en l'état actuel de notre information) que le danger menaçant cette enfant relève de la gravité préjudiciable.

Perspectives d'actions

Nous indiquons la mise en place :

- d'un service éducatif à domicile pour toute la famille afin, notamment, de répondre aux demandes éducatives explicites des parents.
- d'une aide psychothérapeutique pour Sophie.
- d'une aide psychologique pour la maman si celle-ci en est demandeuse.
- d'une attention de tout intervenant par rapport au développement de la sœur de Sophie.
- si les inquiétudes quant aux risques physiques persistent, d'une expertise psychiatrique du papa.

Tableau 1. Exemple de rapport, première adaptation de la méthode par notre équipe.

Nous ne souhaitons pas suivre à la lettre le modèle de F. Alföldi. Ainsi avons-nous renoncé à la conclusion en une longue phrase occupant toute une page. Nous avons préféré nous centrer sur la terminologie, en produisant un document dont nous avons apprécié le contenu. Cependant le style adopté ne parvenait pas à traduire notre appréciation de la situation familiale. Nous avons alors tenté de corriger cette lacune en ajoutant quelques éléments descriptifs sur l'enfant et sa famille. De la sorte, les grandes lignes du diagnostic demeuraient. Ainsi notre lecteur avait à sa disposition, des informations factuelles qui étayaient nos conclusions. Modifié de la sorte, le rapport paraissait moins jugeant, plus nuancé. Sa transmission à la famille et aux mandants était facilitée par l'association d'éléments cliniques et diagnostiques. Le tableau 2 met en exemple les deux premiers critères de la dimension diagnostique du rapport repris au tableau 1.

Dimension diagnostique

Etant donné la maltraitance psychologique subie par Sophie instrumentalisée dans les conflits familiaux.

La famille vit de nombreux conflits qui s'expriment surtout dans des tensions entre la maman, le papa, la grand-mère et l'oncle de Sophie. Sophie est régulièrement prise à partie dans des conflits de loyauté et il devient difficile de savoir si les inquiétudes des adultes par rapport à elle sont le fruit d'une réelle empathie ou s'inscrivent dans ces mêmes conflits. (...)

Etant donné les risques psychologiques liés à cette instrumentalisation ainsi qu'aux difficultés d'identification de la maman à Sophie et à la présence d'un contexte familial indifférencié.

Il semble que la maman éprouve de réelles difficultés à se représenter ce que vit et ce que ressent Sophie. Les aspects négatifs de son comportement sont aussi plus souvent mis à l'avant plan. Il existe un certain flou dans la famille élargie du côté de la maman concernant les limites sexuelles et générationnelles. Ces éléments pourraient avoir pour conséquences de ne pas permettre à Sophie de développer les aspects propres de sa personnalité. (...)

Tableau 2. Ajout d'éléments cliniques à la première adaptation de la méthode.

La méthode telle que nous l'avons appliquée, a répondu à certaines de nos attentes. En premier lieu, elle offre une taxinomie relative aux contextes de la maltraitance. Cette approche lexicale nous aide à graduer la gravité de la situation de l'enfant. L'instrument peut prendre sens pour les mandants à mesure que nos rapports leur parviennent. Autre avantage, la méthode intègre obligatoirement les notions de maltraitance et de risque ; elle lève donc les doutes et les craintes quant à l'utilisation de ces termes, puisqu'ils apparaissent dans tous les rapports. Troisième caractéristique, la méthode porte l'accent sur les ressources de l'enfant et de son entourage. Ce procédé invite le rédacteur tout comme le lecteur, à penser positivement la situation. Qu'elles soient massives ou partielles, nombreuses ou rares, les ressources permettent d'aborder la situation sous un angle inhabituel. La difficulté à identifier les ressources offre d'ailleurs un indice quant à la dangerosité

des familles. Quatrième intérêt, la méthode laisse place au vécu des intervenants. Les travailleurs du secteur savent qu'évaluer la situation d'un enfant en danger, sollicite leurs affects. Cette sollicitation, qu'on peut vouloir ne pas prendre en compte, influence pourtant la qualité de l'évaluation. Sur cette question, la méthode Alföldi propose une réponse claire : le vécu des intervenants revêt une importance aussi grande que la *dimension diagnostique* ou les *perspectives d'action*. Dès lors, que cela paraisse évident ou non, rédacteurs et lecteurs sont interpellés par l'influence du vécu des intervenants. Enfin de manière plus générale, la méthode permet d'intégrer des informations hétérogènes, afin d'élaborer un diagnostic centré sur l'enfant, en accord avec les missions des équipes Sos-enfants.

Malgré ces avantages, au terme de la première phase d'expérimentation, demeurait une question importante : la structure telle que nous l'avons modifiée n'enlève-t-elle rien à la qualité du modèle ?

*
* *

Lors d'une journée préparatoire, nous avons soumis notre travail à Francis Alföldi. En échangeant avec lui, nous avons identifié un risque d'artéfact. Alors que nous étions satisfaits de nos acquis, il semblait que nous étions passé à côté de possibilités intéressantes. L'auteur a insisté sur la lisibilité de la structure prescrite, sur l'efficacité d'une *conclusion modélisée* tenant en une page, sur la mention d'*indicateurs* factuels précis dans le corps du rapport. Nous avons alors décidé de retravailler l'un de nos écrits à partir de ces suggestions. Opérant un retour en arrière, nous avons tenté d'appliquer la méthode au pied de la lettre. Nous étions vraiment désireux de comprendre et de saisir toutes les subtilités de la technique. Il importait de vérifier si la méthode pouvait nous convenir telle quelle ou si, après l'avoir expérimentée selon les prescriptions de l'auteur, nous allions dégager un modèle qui convienne mieux à notre pratique.

Reprenant le dossier, nous avons fait table rase de notre première adaptation pour retravailler au plus près de la méthode. Ayant déjà tracé les grandes lignes de la situation, il s'agissait surtout d'ajuster nos données à la trame structurelle dont nous n'avions pas tenu compte. Pour chaque élément de conclusion, nous sommes partis à la recherche *des indicateurs* factuels qui avaient alimenté notre réflexion clinique. Nous avons également repris la *conclusion modélisée* : ôtant les éléments descriptifs, nous l'avons faite tenir en une phrase, comme le préconise l'auteur. Le tableau 3 illustre le premier indicateur du *corps de rapport*, correspondant au début de la dimension diagnostique dans les tableaux 1 et 2 (la version retravaillée de la conclusion ne sera pas illustrée).

Introduction

(...)

1. Aspects du danger encouru par l'enfant

1.1 Au niveau de la maltraitance

Nous avons relevé la présence de maltraitance psychologique.

1.1.1 Maltraitance psychologique

Nos indicateurs de maltraitance psychologique montrent **une instrumentalisation de Sophie dans les conflits familiaux** (ind.1).

1 En date du ... l'oncle de Sophie constate qu'elle a une blessure, sans discuter, il porte plainte contre le papa. Il ne cherchera ni à soigner l'enfant, ni à s'intéresser à l'origine de la blessure.

1.2 Au niveau du risque

(...)

Tableau 3. Extrait du corps de rapport construit à posteriori.

La recherche des éléments factuels, nous est apparue à la fois rédhibitoire et intéressante. Certains faits significatifs s'avéraient difficiles à retrouver, il fallait replonger dans les notes d'entretiens, s'imprégner à nouveau du vécu en famille, se remémorer les situations concrètes. Quelques semaines après la rédaction du premier rapport, nous n'étions plus en mesure de nous remémorer ce qui avait produit nos conclusions. Cet écrit ne risquait-il pas de paraître purement arbitraire ? Probablement ! Toutefois, l'apport des *indicateurs* quant à la fiabilité de la conclusion est à mettre en balance avec le sentiment castrateur qu'il provoque. En effet, retravaillant ce rapport, nous avons rencontré une nouvelle difficulté : comment restituer par des indicateurs factuels, la contribution de chaque spécialiste (psychologue, assistant social, médecin) à l'élaboration des conclusions ? Comment un médecin ou un psychologue peut-il traduire par des exemples concrets, un diagnostic d'hyperactivité ou de personnalité schizophrénique ?

*

* *

Au-delà du caractère ardu de l'exercice, le rapport terminé nous a révélé quelques surprises. Nous nous attendions à ce que la mention des *indicateurs* rende notre évaluation plus arbitraire, un peu comme si nous avions tiré toutes nos conclusions d'un seul exemple. Pourtant, ce n'est pas vraiment ce qui s'est passé. Nous le savons bien, en fonction de nos spécialités, nous établissons un diagnostic particulier, une prescription spécifique. Relisant le rapport nous avons eu le sentiment que nos développements de spécialistes pouvaient apparaître sous forme simplifiée aux lecteurs. La manière dont les *indicateurs* sont recueillis, leur intégration dans un diagnostic cohérent, la prescription d'aide qui en découle appartiennent au

spécialiste... mais lui servent-elles à quelque chose s'il ne peut se faire comprendre des acteurs sociaux ou juridiques qui l'entourent ?

En résumé, le rapport rédigé au plus près de la méthode Alföldi ne nous a pas paru facile d'accès. La modélisation prescrite ne va pas de soi. Elle contraint chaque praticien à traduire sa pensée spécialisée en un langage pouvant indiquer à tout intervenant socio-juridique (voire la famille elle-même ?), le fondement de ses conclusions.

La version remaniée est donc à confronter avec notre première adaptation. Celle-ci laissait libre court à nos envies rédactrices, la correction semble plus sévère. En découle-t-il un avantage pour le lecteur ? Jusqu'où les intervenants spécialisés doivent-ils mettre de côté l'expression de leur discipline ? Ne risquent-ils pas ainsi d'occulter la discipline elle-même ? Quelle version semblerait plus arbitraire au lecteur ? Comment notre exercice professionnel peut-il servir au mieux l'intérêt de l'enfant ? Doit-on choisir entre ces deux versions ou devons nous en inventer une troisième mêlant les avantages et palliant les difficultés ?

Ces différentes questions marquent une étape dans l'appropriation de la méthode. Nous allons continuer de travailler en soumettant notre expérience aux autres équipes Sos-enfants. Nous poursuivrons le débat autour de l'adaptabilité de la méthode Alföldi à notre contexte de travail. Ainsi souhaitons-nous contribuer à la recherche des moyens à mettre en œuvre autour de la protection de l'enfant victime de maltraitance.