

QUI CHÂTIE BIEN...

Sous la direction de René Knüsel
et Fabrice Brodard



REMERCIEMENTS

L'édition de ce livre a reçu le soutien de l'Observatoire de la maltraitance envers les enfants de l'Université de Lausanne.

L'étape de la prépresse de cette publication a été soutenue par le Fonds national suisse de la recherche scientifique.



Les Éditions Antipodes bénéficient d'une prime d'encouragement de l'Office fédéral de la culture pour les années 2021-2024.

MISE EN PAGE

Fanny Tinner | chezfanny.ch

CORRECTION

Évelyne Brun

DESSINS DE COUVERTURE

© Lisa Pahud, lisa@antipodes.ch



Ce texte est sous licence Creative Commons: elle vous oblige, si vous utilisez cet écrit, à en citer l'auteur-e, la source et l'éditeur original, sans modification du texte ou de l'extrait et sans utilisation commerciale.

© 2021, Éditions Antipodes

École-de-Commerce 3, 1004 Lausanne, Suisse

www.antipodes.ch – editions@antipodes.ch

DOI: 10.33056/ANTIPODES.11858

Papier, ISBN: 978-2-88901-185-8

PDF, ISBN: 978-2-88901-952-6

EPUB, ISBN: 978-2-88901-953-3

Sous la direction de René Knüsel et Fabrice Brodard

QUI CHÂTIE BIEN...

**MAUVAIS TRAITEMENTS ENVERS LES ENFANTS
ET CONTEXTE CULTUREL**

INTRODUCTION

RENÉ KNÜSEL

Le comportement des parents envers leurs enfants fait l'objet d'une attention renforcée depuis les années 1980, en Suisse comme ailleurs. De façon large, ce processus d'enculturation¹, qui qualifie le mécanisme par lequel un groupe transmet les éléments culturels, les normes, les valeurs qu'il partage à l'enfant, est de plus en plus au centre des préoccupations sociales. La famille a longtemps joué un rôle de pivot dans cette transmission.

Dans cette tâche, ils étaient plus ou moins soutenus par leur communauté d'appartenance, famille élargie, village, quartier, groupe religieux ou culturel. Ces manières de faire ont varié selon les pays, les classes sociales et elles ont évolué au cours des siècles. La responsabilité éducative dévolue aux parents s'est, elle aussi, transformée, pour progressivement faire l'objet d'un contrôle et d'un soutien marqué de la part des institutions publiques. L'intervention étatique a été légitimée par toutes les situations dans lesquelles la famille n'assurait pas, par abus ou par défaut, la santé, la sécurité, l'éducation ou encore la moralité des enfants.

Cette attention accrue portée aux enfants au sein des familles est devenue une tâche publique pour la plupart des États développés au cours du XX^e siècle. L'intervention de la puissance publique va répondre à des traditions propres presque à chaque État. L'action publique visera à contrôler, à prescrire, mais aussi à soutenir la famille au travers de politiques sociales plus ou moins développées. Gøsta Esping-Anderson a bien montré la complexité de cette construction dans un travail comparatif de différents modèles d'interaction qu'il classe en trois catégories². Les typologies successives qui ont été élaborées tentent d'articuler, en particulier, le rôle

1. Margaret Mead, 1973.

2. Esping-Anderson, 2009.

dévolu à la famille et celui de la collectivité à propos de l'éducation et de l'accompagnement des enfants.

L'intervention publique dans la sphère de l'éducation des enfants, relevant essentiellement des familles, va s'accompagner d'une régulation des relations en leur sein visant à préserver les membres parmi les plus vulnérables des principales formes d'abus de pouvoir. Des pratiques, des normes ont régulé les rapports enfant-parent bien avant le XX^e siècle. Elles relevaient plus de la tradition du groupe. Avec l'intervention de l'État, les normes se font lois. Les mauvais traitements prennent alors une portée sociétale³. En langue française, divers qualificatifs seront spécifiquement ou successivement utilisés, comme enfant battu, abandonné, négligé, martyr et finalement maltraité (avec brutalité), expression qui se généralise à partir de la moitié des années 1960. La littérature contribuera fortement à la prise de conscience collective du sort peu enviable de nombre d'enfants⁴.

LES CONCEPTS DE MALTRAITANCE ET DE MAUVAIS TRAITEMENTS

Le néologisme de *maltraitance* est apparu récemment dans la langue française. Il s'appliquait d'abord aux mauvais traitements infligés aux enfants, pour ensuite prendre une acception plus large. Mauvais traitements et maltraitance sont deux expressions, devenues synonymes dans le langage courant. Elles impliquent un jugement de valeur : le comportement à l'égard de personnes vulnérables est inapproprié ; il est jugé mauvais. Il est par conséquent question d'un jugement de valeur par lequel l'auteur, le responsable, porte la charge de l'intentionnalité.

Dans ce sens, le recours à cette terminologie a un effet performatif, à savoir que ces termes visent à produire une prise de conscience et un changement dans les représentations et les pratiques. Leur usage spécifique est relatif au contexte. En ce sens, aujourd'hui, le terme de maltraitance semble le plus approprié. Il alerte sur le dévoiement d'une mission première de protection et d'éducation

3. Ambroise Tardieu, médecin légiste français, publie en 1860, dans les *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, une *Étude médico-légale, sur les sévices et mauvais traitements exercés sur les enfants*, montrant que les sévices à l'égard des enfants étaient connus d'une partie du corps médical dès la moitié du XIX^e siècle. Leur reconnaissance sociale et politique prendra en revanche encore de nombreuses décennies.

4. Les écrits de Balzac, Dickens, Hugo, Zola ou encore de la Comtesse de Ségur ont largement contribué à faire connaître la profonde détresse des enfants maltraités à la fin du XIX^e siècle.

dont sont chargés les responsables adultes (parents ou autres) pour assurer le développement le plus favorable de l'enfant⁵. L'usage du terme de maltraitance s'est élargi à de nombreuses autres situations et populations, lui faisant perdre au passage une partie de ses qualités scientifiques.

En effet, l'extension du sens du concept a eu pour conséquence d'englober toujours plus de situations, pêle-mêle, sans plus de hiérarchie entre elles :

Ce terme assemble, dans une même qualification négative, des signes, des événements, des pratiques, des conduites jusqu'ici radicalement hétérogènes, comme les psychopathologies comportementales (cruauté, inceste, pédophilie), mais aussi les inconduites sociales ainsi que les déviances ou des déficiences parentales marquées par des carences affectives, un abandon éducatif ou, à l'inverse, un surinvestissement affectif maniaque. Ce qui est nouveau, c'est d'avoir mis en continuité des éléments relevant de la nosologie psychiatrique classique, de l'épidémiologie médico-sociale, mais aussi des pratiques éducatives que l'on croyait reléguées dans les « greniers », comme par exemple le fait d'exercer l'autorité éducatif et parentale par la répression ou la contrainte physique violente, ou par l'humiliation.⁶

Le terme maltraitance est d'un usage délicat parce qu'il est polysémique. Il associe une série d'éléments plus ou moins hétéroclites et un caractère commun relevant du délictuel, voire du criminel. Il s'agit d'une nouvelle représentation sociale, d'où se dégage « (...) une figure du malheur enfantin à l'extrême opposé de la conception actuelle de l'enfant sujet, de l'enfant jouissant de droits propres, des besoins qu'on lui reconnaît et de ce que l'on considère aujourd'hui comme le bien-traiter »⁷.

Au flou notionnel s'ajoute la confusion entre liens éducatifs et affectifs derrière la souffrance supposée des enfants. La compassion se transforme en passion. Ainsi en peu de temps, au nom de la lutte contre la pédophilie, les crimes sexuels, la famille est devenue un lieu indistinct d'interventions les plus diverses, dans lequel le voisin, le proche est autorisé à porter un regard, à faire part de

5. Corbet, 2000.

6. Gavarini, 2004, pp. 168-169.

7. *Ibid.*, p. 169.

ses soupçons de maltraitance, d'abus, dans lequel un nombre important de professionnel-le-s est amené à intervenir et de signaler obligatoirement, parfois sous peine de sanctions.

Et pourtant, il n'y a pas d'homogénéité dans les regards et les positionnements des différents milieux professionnels appelés à intervenir. L'hétérogénéité se retrouve également dans la manière dont les interventions sont conçues et mises en place. La place de la culture éducative, de celle de l'enfant, des rapports au sein de la famille, des limites de l'intervention de l'Autorité administrative ou politique a donné lieu à des organisations et des pratiques fort diverses.

L'Europe, par exemple, est clivée en deux. D'un côté, la partie nord, dans laquelle les pratiques éducatives ont été tôt normées sur la base d'une intervention appuyée des pouvoirs publics, voire de la justice. De l'autre, la partie sud de l'Europe se distingue par un interventionnisme réduit de l'État, des compétences plus larges étant laissées à la famille en particulier pour ce qui est des formes d'éducation. L'interdiction du recours à la fessée illustre parfaitement cette ligne de fracture entre les différents pays, qui n'est cependant pas inamovible comme le montre la décision de la France d'en interdire son usage, après des décennies de polémiques.

Il ne suffit cependant pas de légiférer pour obtenir les changements attendus dans les comportements. Le travail de conviction est une tâche de longue haleine qui vise à informer, à documenter, mais aussi, et surtout, à offrir de réelles alternatives, notamment pour les parents sur le plan de l'éducation.

LA CULTURE

Il sera souvent fait, directement ou indirectement, référence à la notion de culture dans cet ouvrage, dès lors que les us et coutumes sont appelés à justifier et à légitimer nos pratiques quotidiennes. Dans ce sens, culture désigne ce qui est commun à un groupe d'individus, ce qui l'habite, ce qui le forge, en d'autres termes ce qui est produit, appris, transmis en son sein et fait interagir ses membres entre eux⁸. En ce sens la culture est un ciment indispensable pour l'interconnaissance et la reconnaissance des individus au sein d'un ensemble.

8. Les professionnel-le-s confronté-e-s à cette problématique reliront avec intérêt l'ouvrage publié sous la direction de Carmel Camilleri et Margalit Cohen-Emerique, *Choix de culture: concepts et enjeux pratiques de l'interculturel*, publié en 1989.

La culture construit une partie de l'identité du groupe dans une fonction interne d'identification et face à l'extérieur en tant qu'identifiant. Elle protège le groupe contre les menaces que fait peser l'extérieur et prévient les comportements non compatibles ou indésirables, en particulier dans la perspective de sa survie. Elle constitue à ce niveau un ferment indispensable pour la vie et la survie d'un collectif. Elle est une forme d'antidote à la violence, en particulier celle, intestine et destructrice, qui menace tous les groupes. Elle en régule le recours et cadre son utilisation⁹. Rose-Marie Moro l'affirme sans ambages : « Le travail de la culture consiste à cadrer la violence. »¹⁰

Le comportement envers les enfants est profondément empreint de culture et, au travers de l'éducation, il est au centre de la transmission intergénérationnelle. Les parents sont aujourd'hui investis de la mission de favoriser le développement des enfants. Les représentations sociales à cet égard sont forcément culturo-centrées. « Nos » pratiques et « nos » manières de faire dans ce domaine, nous paraissent idéales et justes. Elles ont par ailleurs ce vernis de « vérité » que leur apportent les sciences humaines et en particulier les sciences de l'éducation. A contrario, les autres modes d'éducation sont jugés inadéquats, obsolètes, quand ils ne sont pas déclarés simplement maltraitants. Le recours à la violence dans l'éducation, pratiquée encore dans de nombreux pays, est ainsi décrié sous nos latitudes. Ce faisant, on fait l'impasse sur le fait que la violence éducative était présente dans une partie des écoles et des familles suisses jusque dans les dernières décennies du XX^e siècle.

La frontière entre conception éducative, normes culturelles et mauvais traitements est ténue, en particulier lorsque des groupes de populations sont appelés à cohabiter dans un même espace géographique, comme c'est particulièrement le cas en situation de migration. Les migrants perdent leurs repères, sortent de leur cadre de référence et sont rapidement confrontés aux pratiques, différentes, des pays qui les hébergent. Les hiatus dans les comportements éducatifs sont quasi inévitables. Certaines incartades peuvent dès lors donner lieu à des suspicions de mauvais traitements.

L'intention derrière les actions est déterminante pour comprendre la situation. La question cruciale à résoudre est celle de la volonté ou non d'infliger une souffrance à l'enfant. Si l'analyse de la situation aboutit à une intention de nuire, de causer du tort

9. Girard, 2011.

10. Moro, 2015, p. 7

à l'enfant, le comportement appartient clairement à la catégorie de la maltraitance. L'intentionnalité de l'auteur est donc déterminante dans l'identification d'une situation de mauvais traitements. Comme le souligne avec pertinence Rose-Marie Moro, l'intention aggrave la maltraitance contre les enfants¹¹. Les autres cas relèvent de violences qui existent souvent dans l'éducation, sous des formes et à des fréquences variables. Ils relèvent toutefois des mauvais traitements dans la mesure où des liens de responsabilité existent, de par la loi. Les situations de manquements aux soins et à l'éducation, communément appelés négligences, sont naturellement aussi concernées.

Pour les professionnel-le-s confronté-e-s à de telles situations, il y a alors lieu de chercher à comprendre les fondements de la maltraitance présumée. Ainsi, par-delà les différences de pratiques culturelles, l'identification de l'intention des auteurs de mauvais traitements devient essentielle pour connaître le type d'action à entreprendre. Lorsque l'intention de nuire est constitutive des actes nuisibles perpétrés, il est nécessaire d'intervenir pour que le comportement cesse quitte à devoir confier l'enfant à d'autres, dans les situations extrêmes. Lorsque l'intention de faire mal n'est pas présente, mais que l'enfant souffre, il y a alors lieu de chercher à réguler, notamment par l'éducation, l'encadrement et le soutien des parents.

Le recours à la violence, en particulier dans l'éducation, n'est plus acceptable, car des approches alternatives existent et que la connaissance de son impact sur le développement est bien documentée. Elle doit donc être réduite de façon résolue. Ainsi, le choix de l'acte violent est souvent présent dans l'idée de concevoir une punition. Il est souhaitable que cette question soit plus souvent thématifiée et discutée avec les parents, dont l'intention n'est pas de nuire au développement de leur enfant. Au contraire, pour une majorité d'entre eux, elle est constitutive d'un comportement approprié dans lequel les erreurs, le dépassement de limites doivent être sanctionnés par un acte fort, la violence étant alors destinée à donner du relief à la punition.

L'INTERVENTION DE L'ÉTAT

Les transformations dans la composition, la forme, la place des familles sont à la base d'importants changements sociétaux. La généralisation du modèle de la famille nucléaire a limité les

11. *Ibid.*, p. 11.

ressources auxquelles elle pouvait faire appel et diminué le contrôle collectif. L'intervention de l'État s'est dès lors faite inéluctable pour suppléer, soutenir, accompagner les mutations de la composition de la famille, du rôle qu'elle était appelée à jouer en particulier dans l'éducation et la protection des enfants.

Les changements et autres transformations ont suivi un rythme et une intensité différentes, selon les pays et les régions. Il s'en dégage un tableau bigarré et complexe de législations et de normes qui diffèrent, même si l'importance de l'enfant et de la reconnaissance de ses droits se sont progressivement imposées partout. La signature de la Convention internationale relative aux droits de l'enfant (CIDE) en 1989 est l'attestation tangible de cette dernière affirmation.

La situation de l'enfant et de ses droits est déclarée bonne en Suisse¹², même si de notables améliorations sont encore à attendre. Les zones de vulnérabilités naissent en particulier de l'interpénétration de situations diverses qui font que les exigences sociales ne peuvent plus être respectées. C'est en particulier le cas à la suite des migrations, mais pas uniquement internationales, qui mettent une partie de la population en difficulté, voire même dans l'impossibilité de respecter les exigences dues à l'enfant.

Privées de leurs conditions originelles de vie, des protections et du contrôle collectif exercés par le groupe, les familles concernées ne sont pas en mesure de procurer à leurs enfants l'attention et l'égard indispensables à leur développement. Certaines pratiques, validées au moins tacitement dans les cultures d'origine peuvent par ailleurs ne pas être admises sous nos latitudes. Les familles concernées s'inscrivent dans la migration internationale, mais relèvent plus généralement des situations d'éloignement géographique ou physique de leur environnement de base. Il n'est pas uniquement question de nationalité, mais bien de toutes les formes de ruptures qui contribuent à l'isolement ou à l'affaiblissement du lien social.

Les mauvais traitements envers les enfants existent partout dans le monde. Ils touchent toutes les classes sociales. Pourtant, avec la

12. Un état de la situation existe pour chaque pays. Pour l'établir, la CIDE prend notamment en compte dans son calcul les éléments suivants: la mortalité des moins de 5 ans; l'espérance de vie à la naissance; la scolarisation; la pauvreté; l'insuffisance pondérale à la naissance; le VIH; le travail des enfants; le mariage d'enfants; les mutilations génitales féminines; l'enregistrement des naissances; l'impact écologique sur l'avenir des enfants; les droits aux libertés; le sentiment de satisfaction de la vie; la guerre et les autres situations de violence. En ligne: <https://www.humanium.org/fr/suisse/>

migration en particulier, les conditions pour élever les enfants dans la dignité ne sont plus toujours réunies. Les familles concernées souffrent de la perte de leur cadre de référence, elles peuvent être désorientées face aux attentes que nourrissent nos sociétés envers l'éducation des enfants. Par ailleurs, elles sont souvent placées dans des conditions matérielles et administratives qui ne permettent tout simplement pas d'offrir aux enfants un cadre de vie digne et harmonieux.

Dès lors, les représentations sociales qui ont cours dans nos sociétés à l'égard des familles migrantes, mais plus généralement de celles qui sont défavorisées sont empreintes de suspicions. Leur manière d'éduquer, de prendre en charge, d'accompagner leur progéniture ne correspondrait pas aux nôtres. Il est largement question de manque d'intégration et de confrontation de modes de vie et de rapports aux enfants qui sont présentés comme différents.

Même si les experts admettent que près de 80 % des situations de maltraitance ont lieu dans l'environnement familial, les conditions de vie peuvent contribuer à les faire advenir. Des conditions financières difficiles, ou encore une situation administrative incertaine peuvent contribuer au recours à des comportements maltraitants à l'égard des enfants. Dès lors, les mauvais traitements enregistrés peuvent autant correspondre à de réelles incapacités de parents dépassés par la tâche et les exigences de l'éducation, leur propre situation matérielle qu'à des manières différentes de considérer les rapports intrafamiliaux, par exemple, ou encore à des méthodes éducatives spécifiques. Il faut dès lors tenter de rapidement distinguer au sein des mauvais traitements entre ceux qui relèvent d'une forme quelconque de perversion et ceux qui sont inhérents au contexte dans lequel les familles sont appelées à vivre. Dans ces dernières situations, un appui et un soutien renforcé sont nécessaires, mais plus encore, une reconnaissance de l'investissement conséquent que les familles consentent pour le renouvellement et la reproduction de notre société.

Enfin, il faut également noter que nos institutions peuvent aussi être à l'origine de situations génératrices de violence à l'égard d'enfant. Ainsi, nos lois, comme leur application stricte par l'administration, peuvent engendrer, parfois en cascade, de la violence institutionnelle, voire structurelle. La situation des mineurs non accompagnés, celle des enfants des personnes frappées du statut de Non-entrée en matière (NEM), la situation des familles vivant dans la clandestinité doivent être interrogées et peut-être dénoncées

comme indignes de notre pays. Enfin, des pratiques, telles que la détention administrative de jeunes migrants, devraient être abolies.

LES MOTIVATIONS À FAIRE CE LIVRE

L'Observatoire de la maltraitance envers les enfants (OME) organise des formations continues pour les professionnel-le-s depuis près d'un quart de siècle. Leur contenu a varié, s'est adapté en fonction des besoins et en relation aux connaissances scientifiques et de celles de la pratique. Le contenu des cours, pour lesquels l'intérêt n'a guère fléchi durant toutes ces années, s'est ajusté à l'acuité de la problématique perçue par les professionnel-le-s face à la maltraitance, portée en particulier dans les débats publics.

Avec les années, une thématique a constamment suscité passion et émotion et alimenté de nombreux débats entre participant-e-s : la limite entre le respect des institutions et des valeurs très largement partagées par la population et celles pratiquées par certaines cultures minoritaires ou étrangères au pays. Le débat dépasse le cadre des mauvais traitements envers les enfants pour reprendre des antennes relatives aux politiques de migration telles que la nécessité d'une intégration, d'une assimilation, etc. Mais lorsque des enfants sont concernés, les passions s'exacerbent rapidement et les tensions deviennent palpables.

LA NÉCESSITÉ D'UN ESPACE D'ÉCHANGES

Petit à petit a germé l'idée d'un colloque qui accueillerait des invités appelés à s'exprimer à partir de points de vue bien différents comme celui des autorités, des professionnel-le-s de la migration, des institutions spécialisées en Suisse, mais aussi de spécialistes de la protection de l'enfant des pays d'émigration. Il fallait aussi assurer un bon équilibre entre les disciplines à solliciter. L'intérêt suscité a dépassé les attentes des organisateurs comme les capacités d'accueil des structures et du dispositif prévus. Il avait fallu refuser des inscriptions. C'est une des raisons qui ont poussé les organisateurs à publier un livre reprenant, en les adaptant et en les actualisant, les différentes interventions du colloque.

La question culturelle, au cœur de l'actualité à fin 2016, au moment où l'OME avait mis sur pied le colloque, est toujours très présente dans les débats. Elle a même gagné en intensité en

raison de la poursuite des mouvements migratoires, mais aussi des discussions et des remises en question des valeurs dites universelles, de la montée des réactions culturelles et politiques, du communautarisme notamment dans les pays d'immigration.

Cet ouvrage reprend pour l'essentiel les contributions des différent-e-s intervenant-e-s du colloque qui ont, à une exception près, accepté de coucher sur papier les propos qu'ils avaient tenus lors de conférences ou dans les différents ateliers qui avaient agrémenté la journée. Les textes ont été adaptés, actualisés. Deux chapitres spécifiques ont été ajoutés, en plus de l'introduction et de la conclusion. Mais l'ensemble des contributions reprend l'esprit qui avait animé ses initiateurs : comprendre la pluralité des idées, des valeurs, des comportements et respecter les différences, les valoriser tout en imprimant les principes et les limites à ne pas outrepasser, parce que fixées dans la loi et dans les coutumes du pays.

STRUCTURATION DE L'OUVRAGE

Le livre a été conçu en quatre parties principales. La première tente de présenter la manière dont les mauvais traitements sont posés en tant que problème social et de santé publique en Suisse et les différences régionales ou cantonales dans les représentations et dans l'accompagnement des situations détectées. La Suisse est un pays situé au carrefour de plusieurs cultures et traditions, principalement symbolisées par l'usage de langues différentes. Pourtant, sur bien d'autres aspects, ce territoire exigu fait cohabiter des systèmes de valeurs, voire des *Weltanschauung* qui diffèrent fortement. C'est le cas en particulier de la manière de voir l'intervention de l'État dans la sphère privée de la famille. Les votations fédérales qui portent sur les questions sociales ou de santé mettent régulièrement en évidence les différences de sensibilité entre les aires linguistiques suisses. Un autre exemple de ces perceptions spécifiques peut être tiré de la position de la Suisse face à la ratification de la Convention des droits de l'enfant. Alors que la Suisse romande y était très favorable, de fortes réticences existaient du côté germanophone, qui ne voyait pas la nécessité de parapher un tel document.

Si parler les concepts d'importations et d'exportations ont un sens, alors les représentations sociales de la gestion des rapports intrafamiliaux et de l'interventionnisme étatique en Suisse peuvent être compris comme le prolongement de celles des pays voisins.

Ils sont en quelque sorte des appendices territoriaux des zones d'influence des États limitrophes de la Suisse que sont la France, l'Allemagne et l'Italie. Peu de recherches ont interrogé les différences de conception dans l'organisation administrative de la lutte contre les mauvais traitements, assumée par les cantons. Mais de façon plus générale, les études cherchant à présenter le paysage détaillé des politiques de protection de l'enfance en Suisse ne sont pas légion.

Le texte d'*Andreas Jud* explore les différences et les convergences dans la manière de réfléchir et de poser la question de la maltraitance envers les enfants. Il explore plusieurs volets, à commencer par les langages qui constituent de redoutables fossés dans les échanges entre régions. Si les traductions sont délicates, elles ne s'appuient par ailleurs pas sur des références administratives et politiques susceptibles de se comparer aisément. Les pratiques administratives, comme professionnelles se différencient sans que les fondements en soient explicités. La comparaison dans le recours au placement d'enfant en institution ou dans les familles d'accueil montre d'importantes variations entre cantons. Comprendre les raisons des écarts statistiques demanderait un travail de recherche approfondi.

Ce texte est le premier, à notre connaissance, à tenter une approche globale de la situation en Suisse¹³. Il montre le caractère profondément culturel des regards portés sur les rapports entretenus avec les enfants sur un territoire aussi restreint que la Suisse. L'ouverture de l'ouvrage par ce texte est apparue essentielle, parce qu'elle veut souligner toute la relativité des approches de la question des mauvais traitements et des difficultés à en déterminer un contenu cohérent, au sein même des « pays d'accueil ».

Le second texte de cette première partie a été écrit, à quatre mains ou deux claviers. Il montre, à partir de l'exemple précis du canton de Vaud, un dispositif mis en place pour réguler la question des mauvais traitements envers les enfants. L'importance d'une telle contribution ne fait pas de doute, parce qu'elle donne à connaître de l'intérieur les pratiques d'une institution régulatrice des problèmes de mauvais traitements. Il s'agit de l'exemple d'un canton, dont le choix retient plus du hasard des collaborations que d'autres motifs.

13. Des recherches comparatives ont été menées en Allemagne. Au cours du colloque, le professeur Ingo Bode avait aimablement présenté un certain nombre de résultats de ses travaux comparant quelques Länder entre eux. Voir par exemple Ingo Bode et Hannu Turba, *Organisierter Kinderschutz in Deutschland, Strukturundynamiken und Modernisierungsparadoxien*, Wiesbaden : Springer, 2014.

Les deux auteures, *Martine Haemmerli* et *Dolores Dao*, travailleuses sociales retraitées du Service de protection de la jeunesse, décrivent la manière dont le dispositif administratif et juridique fonctionne, et dans la mesure du possible, pour appréhender et tenir compte du contexte culturel. Le texte se divise en deux sections bien distinctes qui permettent au lecteur de comprendre les principaux fondements de la pratique des assistantes sociales en charge de la gestion des dossiers¹⁴.

La deuxième partie du livre ouvre la porte de deux lieux de pratique, régulièrement confrontés aux questions de la maltraitance envers les enfants.

Ces contributions entendent cerner la manière dont les professionnel-le-s abordent les questions relatives aux mauvais traitements, lorsque en particulier des formes différentes d'éducation sont en cause. Que faire quand des rapports parents-enfants ne correspondent pas aux normes ou encore quand des pratiques sont condamnées, comme l'excision? Comment agir, comment faire en sorte que le développement de l'enfant soit maintenu au cœur des préoccupations des familles, comme des victimes?

Si l'accompagnement et la surveillance des familles dans leurs pratiques éducatives ont toujours été délicats, il faut souligner combien la tâche des professionnel-le-s s'est complexifiée avec les mouvements migratoires nationaux et surtout internationaux.

Le premier texte signé par la pédiatre *Sarah Depallens*, membre du CAN Team¹⁵ du CHUV relate son expérience. Comment se gèrent les problèmes de maltraitance sous l'angle médical? Il aborde sans détours les difficultés devant lesquelles est placé le personnel médical, habilité à travailler des informations intimes de la famille et de l'enfant. La tâche du personnel médical et infirmier est d'autant plus délicate que ces professions sont investies de la confiance dont bénéficie le soignant amené, en première ligne, à aider. Porter secours peut et doit aussi l'amener à rechercher l'origine de certains

14. Les écrits professionnels ne sont pas légion en relation aux mauvais traitements envers les enfants, ce qui rend cette contribution d'autant plus précieuse. Les lecteurs et les lectrices intéressé-e-s pourront consulter l'ouvrage publié sous la direction d'Isabelle Flückiger, *Enfants maltraités. Intervention sociale*, Cahiers 29 des Éditions EESP, 2000. Ce recueil de textes contient en particulier une contribution de Marie-Madeleine Romang présentant le SPJ du canton de Vaud.

15. Le CAN Team (Child Abuse and Neglect Team) est rattaché au Service de pédiatrie du CHUV. Il est composé d'une équipe multidisciplinaire et vise à assurer la protection de l'enfant et de l'adolescent, à travers la détection, l'évaluation et l'orientation des situations de maltraitance physique et/ou psychologique, de négligence et d'abus sexuels.

maux qui proviennent parfois de comportements inadaptés de la part des parents ou des responsables.

Ces situations sont complexifiées lorsque les familles ont des références culturelles différentes. Des compétences transculturelles sont alors indispensables pour une intervention qui ne produise pas d'effets pervers auprès de parents placés dans une situation de vulnérabilité. Les cas de maltraitance intrafamiliale ont des origines multiples et diverses, desquelles le système institutionnel ne peut être exempt, plus particulièrement pour les familles migrantes.

Le second texte est le fruit de la rédaction de trois intervenant-e-s œuvrant ou ayant collaboré dans le cadre d'Appartenances: *Maria Rio Benito*, *Christine Uwimana* et *Philippe Conne*. Cette association s'est donnée comme mission, entre autres, d'accompagner les personnes migrantes dans leur parcours d'intégration. La contribution relate une partie du quotidien des professionnel-le-s, leurs valeurs, leur posture qui guident leur approche. Le texte est longuement illustré par la présentation de plusieurs situations rencontrées au cours des consultations, qui mettent en évidence les décalages dans les perceptions, les difficultés dans l'adaptation, mais encore les sentiments d'impuissance, tant parmi les bénéficiaires que parfois les intervenant-e-s.

Les deux professionnelles qui relatent des échos de leur engagement le font à partir de postures théoriques différentes. Leur manière de présenter les situations vécues varie, mais se rassemble dans une grande partie des valeurs qui fondent les approches. La diversité des situations présentées permet d'insister sur le fait que chacune des personnes rencontrées nécessite une attention et une adaptation du regard du ou de la professionnel-le. Il s'agit en particulier de reconnaître la diversité et la complexité des problèmes affrontés par les familles, de valoriser les savoirs mobilisés, de compter avec la précarité dans laquelle elles sont souvent amenées à vivre. La thématique de la maltraitance doit faire l'objet d'un échange et d'un dialogue avec les personnes concernées.

La diversité dans le contexte culturel comporte au moins deux volets: celui des sociétés qui ont toutes une enculturation territoriale et celui des populations appelées à se déplacer au cœur d'autres régions ou d'autres pays, apportant avec elles des représentations et des pratiques dont le contexte culturel d'origine est souvent peu compréhensible ou accessible aux familles en mouvement. Si la deuxième partie de l'ouvrage donne la parole aux professionnel-le-s des

domaines médical et social, chargé-e-s d'accompagner les situations de mauvais traitements, la troisième partie offre une décentration des points de vue, à partir de la perspective de professionnel-le-s issus de deux pays francophones d'Afrique subsaharienne, le Cameroun et le Togo, à laquelle s'ajoute la contribution d'un professionnel d'origine africaine exerçant en tant que psychologue en France. Le choix de ces situations géographiques est fortuit et ne se veut en quoi que ce soit exemplaire ou représentatif.

L'intérêt de ces éclairages est central pour la compréhension du poids de nos cultures respectives dans l'appréhension de la maltraitance. Ils soulignent la nature fluctuante des notions utilisées et surtout l'importance de bien écouter et d'entendre les points de vue en confrontation. Ils permettent de comprendre aussi la fragilité des processus que nos pays ont mis en place depuis des décennies pour le respect de la dignité des enfants. Ils représentent des témoignages essentiels sur le fait que des modes d'appréhension autres existent, tout aussi légitimes que ceux que nous valorisons. Ces contributions doivent enfin aider à lutter contre toutes les formes d'arrogance face aux différences, lesquelles peuvent et doivent, au contraire, aider à une meilleure perception de nos propres pratiques.

Le texte de *Ferdinand Ezembé* rassemble un certain nombre de témoignages d'activités professionnelles, puisés dans sa pratique auprès de personnes en situation de migration. Il montre en particulier combien des lectures par trop ethno-centrées ne permettent pas, ou difficilement, l'accès aux parents et que leurs comportements ne peuvent se comprendre qu'en les rapportant à un certain nombre de liens aux cultures d'origine. Ce « détour culturel » ne vise pas à relativiser les mauvais traitements, mais à comprendre d'abord le sens que les personnes concernées leur donnent. La pertinence d'un accompagnement est à ce prix. Les trois illustrations développées montrent la diversité des situations susceptibles de se présenter et l'importance d'apporter des réponses adaptées. Il est à l'image du quotidien d'une association comme Axes Pluriels, dans laquelle l'auteur est engagé. Les lecteurs et les lectrices pourront tirer un parallèle intéressant avec le travail effectué par Appartenances dans le contexte du canton de Vaud.

La culture d'origine est parfois une entrave, un poids dont il faut se libérer ; parfois elle est une ressource essentielle qui fonde l'identité, indispensable en situation migratoire. Elle est rarement entièrement l'un ou l'autre. D'où l'importance de travailler en

partenariat avec les bénéficiaires des interventions, d'œuvrer avec des approches prenant en compte le parcours de migration et l'environnement global qui le conditionne.

La contribution de *Claude Olivier Bagnéken* intéressera le lecteur à plusieurs chefs. Excellent connaisseur de la situation prévalant au Cameroun, le responsable d'EMIDA¹⁶ propose une observation autant diachronique, en retraçant les origines de certains comportements ethniques, que synchronique, en montrant combien les changements sociétaux liés à la modernisation affectent les équilibres familiaux, engendrant de nouveaux comportements et parfois le recours à des traitements inadaptés envers les enfants.

Ses éclairages portent sur les dilemmes posés à la société banan, partagée, tiraillée même, entre une régulation traditionnelle des rapports parents-enfant et la mise en place de politiques publiques de protection de l'enfant conformes aux prescriptions internationales. Cette présentation met en évidence en particulier les difficultés introduites par toute transition d'un régime à un autre. L'interventionnisme de l'État nécessite un nombre considérable d'adaptations secondaires en redistribuant les responsabilités, en instaurant des contrôles, mais aussi de nombreuses voies d'échappement, voire de résistance.

Les parallèles entre la transition inter-régimes décrite au Cameroun et celles vécues dans de nombreux autres pays pourraient être féconds dans la compréhension fine des problèmes relatifs aux mauvais traitements en général. Cette piste est partiellement investiguée dans le dernier texte de cet ouvrage, signé de *Fabrice Brodard* et *Caroline Naudin*.

Kossi Kounou offre un regard à partir de la situation prévalant, entre autres, au Togo, son pays d'origine. Sa pratique de chercheur et de psychothérapeute l'a conduit en Europe, démarche qui lui permet aujourd'hui de mettre mieux en évidence les spécificités de la question dans son pays et sur certains aspects comparés de l'Afrique. Dans un large préambule, il mentionne l'importance et les difficultés rencontrées par les travaux visant des comparaisons entre les régions et les pays. Il met en évidence quelques consensus scientifiques, notamment autour des abus sexuels sur les enfants et les désaccords sur les autres formes de mauvais traitements, qui comportent une dimension d'interprétation culturelle plus marquée.

16. Association pour l'Élimination de la Maltraitance Infantile et Domestique en Afrique.

Cette contribution met en évidence d'autres aspects, moins connus ou absents en Europe, comme le travail précoce des enfants, leur « placement » par la famille à des fins financières, etc. Elle nous appelle à nous garder de tout jugement de valeur face à des pratiques que nos pays ont connu les siècles passés.

L'auteur invite, aussi et surtout, à découvrir les risques de conséquences dévastatrices que ces pratiques peuvent engendrer sur les enfants et ces enfants devenus adultes. La prise en charge et l'accompagnement des victimes sont alors des impératifs dont les pistes sont développées dans la seconde partie du texte. La contribution offre enfin un large éventail de différentes formes d'accompagnement et des thérapies pratiquées auprès de personnes exposées à diverses formes de transculturalité.

Une dernière partie, signée par *Fabrice Brodard* et *Caroline Naudin*, offre un regard original sur la question de la prévention des mauvais traitements d'un point de vue international. Les instances internationales (ONU/OMS, etc.) ont édicté des chartes et préconisent des formes d'intervention précoce et des mesures de prévention. Ce chapitre vise à présenter et à discuter les bonnes pratiques valorisées au niveau international et leur transposabilité, par exemple dans le contexte africain. Il sera utile aux lecteurs et aux lectrices qui pourront découvrir le contenu, les orientations et autres objectifs développés dans quelques-uns des programmes repris et décrits dans une littérature essentiellement anglo-saxonne.

Au-delà de l'importance cognitive de rassembler les expériences reprises dans la littérature spécialisée au plan international, ce qui constitue un apport important en soi, cette partie insiste sur l'ouverture d'esprit dont les acteurs préventifs devraient faire preuve dès lors qu'ils interviennent auprès de populations diversifiées. Les adaptations régionales ou nationales ne sont pas forcément conséquentes en soi, mais elles se doivent surtout de chercher à respecter le cadre dans lequel elles sont déployées.

Il va de soi que certaines des idées ou des programmes présentés peuvent également être développées, en les adaptant, aux interventions auprès des populations en migration.

En toute fin d'ouvrage, on trouvera une synthèse des réflexions dans la conclusion de l'ouvrage et une large bibliographie sur la question.

BIBLIOGRAPHIE

CAMILLERI, Carmel, et COHEN-EMERIQUE, Margalit (1989), *Chocs de culture: concepts et enjeux pratiques de l'interculturel*, Paris: L'Harmattan.

CORBET, Éliane (2000), «Le concept de violence et de maltraitance», *Actualité et dossier en santé publique*, n° 31, juin, Paris: Haut Conseil de la santé publique.

GIRARD, René (2011), *La violence et le sacré*, Paris: Hachette.

ESPING-ANDERSEN, Gøsta (2009), *Les trois-mondes de l'État-providence: essai sur le capitalisme moderne* (épilogue inédit de l'auteur pour l'édition française), Paris: PUF.

GAVARINI, Laurence (2004), *La passion de l'enfant*, Paris: Hachette.

MEAD, Margaret (1973), *Une éducation en Nouvelle-Guinée*, Paris: Payot.

MORO, Marie Rose (2015), *La violence envers les enfants, approche transculturelle*, Bruxelles: yapaka.be

VARIATION DANS LES FORMES DE PROTECTION DE L'ENFANCE EN SUISSE: TERMINOLOGIE, DISCOURS ET STRUCTURES

ANDREAS JUD

L'organisation du système de protection de l'enfance en Suisse est complexe et dense, cela sur un territoire très réduit pour une population d'environ 1,5 million d'enfants¹. En effet, 26 systèmes cantonaux subdivisent le pays, chacun avec son dispositif, et pour la majorité d'entre eux, une procédure propre. Quelques cantons peu peuplés disposent de systèmes de protection pour moins de 10 000 enfants, rendant difficile l'établissement et le maintien d'un réseau comptant suffisamment de spécialistes pour traiter les situations peu courantes. Ces enfants risquent alors d'être confrontés à des lacunes dans une prise en charge professionnelle des situations de mauvais traitements et à des réponses inadéquates à leurs souffrances. Ces 26 systèmes de protection de l'enfance connaissent aussi souvent des dispositifs particuliers au niveau infracantonal (voir les exemples des cantons de Zurich et de Berne ci-après).

La complexité helvétique est encore amplifiée par les différences linguistiques et culturelles² qui façonnent les modes d'organisation et de structuration de la protection de l'enfance. Cette mosaïque linguistique et culturelle des systèmes de protection de l'enfance en Suisse doit répondre à des signalements de mauvais traitements d'enfants immigrés d'une grande hétérogénéité, en provenance du Kosovo, de l'Érythrée ou du Sri Lanka³. Ces familles arrivent avec leurs références éducatives, leurs manières de gérer les rapports adultes-enfants et des seuils différents entre bienveillance

1. Office fédéral de la statistique, 2019a.

2. La publication d'un texte en langue française par un chercheur d'origine suisse alémanique permet de mettre au cœur de la contribution la comparaison entre Suisse francophone et Suisse germanophone. Les travaux comparatifs avec la Suisse italophone sont plus rares.

3. Trois parmi les nationalités les plus fréquentes en Suisse, qui en comprend plus d'une centaine.

et mauvais traitements. La confrontation entre ces deux mondes de différences alimente le même problème: dans des structures d'organisation de la protection de l'enfance réduites, le risque d'un manque d'expertise dans les compétences interculturelles peut être patent. Cela dit, la pratique bien ancrée de la multiculturalité, le respect des particularismes locaux, très présents en Suisse, rend d'autant plus importante la prise en considération et la mesure du contexte culturel.

Ce texte présente – sans être exhaustif – quelques aspects généraux des différences linguistiques et culturelles à propos de la terminologie, des discours et des structures dans la protection de l'enfance en Suisse. Il aborde ensuite les différences et les similitudes, pour l'exemple, entre deux cantons germanophones.

LA TERMINOLOGIE ET LES DISCOURS DE PROTECTION DE L'ENFANCE

Il n'y a pas de discours propre à la Suisse en matière de protection de l'enfance. Les discours dominants se forment dans les revues, recueils et monographies professionnels des différentes langues régionales⁴. Dans le cadre du travail social, profession dominante dans le champ de la protection de l'enfance, les discours germanophones ou francophones tendent à s'orienter vers ceux des pays voisins. Les stratégies et les instruments d'évaluation des situations de maltraitance sont le plus souvent inspirés, voire importés de l'Allemagne, de la France ou de l'Italie. Ils ne passent pas la Sarine ou le Gothard. L'œuvre de Francis Alföldi⁵ est, par exemple, très reconnue en Suisse romande (voir Hämmerli et Dao dans cet ouvrage). Sa méthode est aussi appliquée par le Service de l'enfance et de la jeunesse (SEJ) du canton de Fribourg⁶. Néanmoins, il n'existe pas de traduction en allemand ou en italien et son œuvre n'est presque pas diffusée dans les autres parties de la Suisse. A contrario, presque tou-te-s les étudiant-e-s en travail social de Suisse alémanique connaissent le «Stuttgarter Kinderschutzbogen»⁷ et ses disciples. En Suisse romande et au Tessin, ces références sont absentes des discours des professionnels.

4. Par exemple Gredig et Goldberg, 2010.

5. Par exemple Alföldi, 2005.

6. Yannick Jemmely, chef de bureau, communication personnelle, 2 septembre 2019.

7. Reich, 2005.

D'autres exemples peuvent être tirés des discours divergents sur l'action éducative en milieu ouvert entre les différentes parties de la Suisse⁸ ou de celle de l'approche du conseil de famille, inspirée de la Nouvelle-Zélande⁹. Cette méthode favorise la famille élargie (qui peut inclure des ami·e·s et d'autres proches de l'enfant) et la recherche de solutions spécifiques qui sont présentées aux professionnel·le·s. Elle a récemment gagné en popularité en Suisse alémanique, mais n'a pas encore trouvé beaucoup d'échos en Suisse romande¹⁰.

De plus, les discours propres à chaque langue se révèlent dans certains cadres et traditions peu lisibles pour les professionnel·le·s qui n'ont pas été formé·e·s dans ces contextes. Les élaborations conceptuelles et terminologiques fines qui apparaissent dans les travaux francophones¹¹, ne se retrouvent guère dans le contexte des discours professionnels alémaniques. Cela contribue à la quasi-absence de traduction des publications majeures et par conséquent à la diffusion réciproque de ces références dans les autres parties de la Suisse. La jurisprudence elle-même, qui est contextualisée par la législation nationale ou cantonale et donc moins exposée à l'influence des pays voisins, produit et reproduit des discours et s'appuie sur des ouvrages de référence de portée plutôt régionale comme le « Droit de la protection de l'adulte »¹² de Philippe Meier. Ceux-ci ne connaissent pas le même nombre de citations dans la littérature germanophone de Suisse que des œuvres comparables publiées en allemand¹³.

Cette absence de traduction est renforcée par les difficultés de trouver des équivalents conceptuels et terminologiques dans les autres langues. En allemand, la possibilité de différencier entre « mauvais traitements » et « maltraitance » n'existe pas. Ces expressions permettent pourtant de nuancer entre les actes éducatifs inadéquats, mais souvent tolérés¹⁴, et les actes violents ou négligents

8. Suisse alémanique: Messmer, Fellmann, Wetzel et Käch, 2019; Metzger, 2019; Suisse francophone: Paulus, Tabin et Steiger, 2013.

9. Murray, 2000.

10. Une exception doit être notée à ce propos qui concerne la ville bilingue de Bienne (<https://www.familiencoaching-biel.ch/fr/p/angebot/familygroupconference.php>).

11. Alföldi (2005), par exemple, consacre un chapitre de 30 pages à la définition de l'évaluation.

12. Les juristes parlent du nouveau droit de la protection de l'adulte, qui a réorganisé les autorités responsables des adultes et des enfants vulnérables. Cette modification a significativement réformé les structures de la protection de l'enfance. C'est la raison pour laquelle, j'utilise l'expression du droit de protection de l'adulte et de l'enfant.

13. Luca Maranta, communication personnelle, 16 août 2019.

14. À l'exemple des enfants préscolarisés qui regardent la télévision (ou des clips sur YouTube) durant plus d'une heure par jour.

qui ne le sont clairement plus. Le seuil entre bienveillance et maltraitance est aussi plus ardu à définir en allemand, langue qui manque d'un terme pour qualifier les actes ne relevant pas directement de la maltraitance. Même les termes du Code civil suisse (CC) diffèrent notablement entre les versions allemande, française et italienne¹⁵. La version française de l'art. 307 al. 1 parle du développement de l'enfant menacé; la version allemande, utilise l'expression de *Kindeswohlgefährdung*, littéralement mise en danger du bien de l'enfant. La traduction dans la version italienne par *bene del figlio minacciato* est plus proche de l'allemand. Pour complexifier la question, d'autres parties du CC utilisent – dans chacune des langues officielles – encore d'autres termes¹⁶, alors que les documents des Nations Unies préfèrent le terme de l'intérêt supérieur de l'enfant qui peut être menacé¹⁷.

Le développement des termes relatifs aux différents contextes est parfois aléatoire. Cela complique la recherche du pendant d'un terme adéquat dans les autres langues pour les experts, les praticien-ne-s et les traducteurs et les traductrices. Si les Suisses alémaniques utilisent le mot *Kinderschutzgruppe* pour décrire un groupe interdisciplinaire qui s'occupe, à l'hôpital, de l'évaluation et de l'intervention dans les situations de maltraitance, les cliniciens romands utilisent plutôt le terme anglais du CAN Team. Le premier terme focalise sur la protection, l'autre met l'accent sur les situations de maltraitance¹⁸.

La variabilité des termes entre les différentes langues se multiplie et se complexifie avec les disciplines. En Suisse alémanique, les juristes utilisent *Kinderschutz* pour « protection de l'enfance », les médecins écrivent *Kinderschutz* – avec « r » à la place du « s ». L'état de faiblesse qui est au cœur de l'art. 406 CC se traduit littéralement par *Schwächezustand* en allemand. Pourtant, de part et d'autre de la Sarine, pour les professionnel-le-s de la santé mentale, c'est un terme inhabituel et suranné pour décrire la situation problématique d'une personne qui aurait besoin d'un accompagnement professionnel. En effet, le développement ou le bien-être d'une personne peut être menacé même si la personne ne se trouve (au moins subjectivement) pas dans un état de faiblesse.

15. Voir Jud et Voll, 2019.

16. *Idem*.

17. Centre suisse de compétences sur les droits humains (CSDH), 2013, pp. 3-6.

18. L'acronyme CAN se forme sur la base de l'expression *child abuse (and) neglect*.

LA PERCEPTION DE LA FAMILLE DANS LES RÉGIONS LINGUISTIQUES: STATISTIQUES ET VISION DES PROFESSIONNELLE-S

Dans la protection de l'enfance, un aspect important des différences culturelles entre les diverses parties linguistiques de la Suisse concerne la culture de la famille. Le rapport statistique 2017 sur les familles en Suisse présente prioritairement des données sur la famille pour l'ensemble de la Suisse; mais il offre tout de même quelques résultats intéressants sur les faits et perceptions divergents entre les régions linguistiques de la Suisse: «[...] le revenu disponible équivalent médian des couples avec enfants vivant en Suisse allemande et romanche ou en Suisse romande est respectivement 1,3 fois et 1,2 fois plus élevé qu'en Suisse italienne. Le nombre d'enfants moyen chez les couples avec enfants est pourtant plus faible en Suisse italienne (1,8 contre 2,0 en Suisse alémanique et 2,2 en Suisse romande).»¹⁹ Néanmoins, environ 30% des italo-phones sont d'accord avec la phrase: « Pour pouvoir être heureux-se et s'épanouir, un homme/une femme doit avoir des enfants. » Les francophones agrèent cette affirmation à 25%, les germanophones se situent beaucoup plus bas à environ 10%²⁰. Malheureusement, peu de travaux sociologiques sur la famille analysent les différences linguistiques et culturelles en Suisse²¹.

Les représentations de la famille par rapport à la protection de l'enfance suisse corroborent les différences déjà présentées. Une enquête nationale auprès de 183 membres et collaborateurs-trices des Autorités de protection des enfants et adultes (APEA) s'est intéressée à la participation des proches et d'autres tiers dans les procédures de placement de l'enfant²². Les Tessinois-es ont soutenu significativement plus souvent l'idée que les grands-parents doivent être actifs dans toutes les procédures de placement d'enfant. Ils et elles attribueraient à ces proches et parents un rôle plus important que les Suisses romands et alémaniques, et cela indépendamment du rapport des grands-parents à l'enfant. Dans ce même sondage, les professionnel-le-s francophones étaient significativement moins souvent d'accord que ceux des autres régions avec la phrase: « Seules des personnes en bons termes avec les parents peuvent être prises en considération pour une éventuelle prise en charge de celui-ci. »

19. Office fédéral de la statistique, 2017, p. 52.

20. *Ibid.*, pp. 90 ss.

21. Kellerhals et Widmer, 2012.

22. Mitrovic, Jud et Rosch, 2017.

De plus, les francophones soutiendraient moins une participation des enfants au processus en souscrivant significativement moins à la phrase: «Les personnes proposées par l'enfant pour sa propre prise en charge doivent être prises en considération.» La même différence existe chez les professionnel-le-s de l'APEA judiciaire et les professionnel-le-s de l'APEA administrative, les premiers soutenant moins la participation des enfants. Il faut souligner que les APEA judiciaires sont beaucoup plus fréquentes en Suisse romande que dans le reste de la Suisse²³. De plus, les collèges décisionnels des APEA judiciaires romands sont moins multidisciplinaires²⁴. Les collèges décisionnels des APEA vaudoises et genevoises ne sont formés que de juristes. En cela, ils sont une exception puisque, pour l'ensemble de la Suisse, une grande majorité (93 %) des collèges décisionnels sont multidisciplinaires. Au regard de la constitution des APEA en Suisse, il est bien difficile de savoir si ces exceptions sont à mettre en lien avec une culture francophone ou une culture et pratique judiciaire spécifique.

Les variations régionales quant aux politiques de placement d'enfants informent également sur les perceptions différenciées de la famille et de son rôle entre les régions suisses. Dans la première étude nationale sur la protection tutélaire de l'enfance en Suisse²⁵, une comparaison entre le calcul de l'âge médian auquel intervenait le retrait du droit de garde montrait une différence sensible entre la Suisse romande (médiane 1,5 an) et la Suisse alémanique (médiane 13,5 ans). Mais aujourd'hui à dix ans de distance et faute d'informations nouvelles, il faut réitérer le constat fait à l'époque: «Quant à savoir si les régions n'ont pas la même compréhension du besoin de protection, c'est une question qui mérite assurément une analyse plus approfondie.»²⁶

LES STRUCTURES

Si les mesures de protection de l'enfance sont réglées au niveau national dans les articles 307 à 312 du Code civil, les structures ne le sont pas. Le Code civil ne précise que deux éléments sur les APEA dans l'article 440 CC. L'un est l'interdisciplinarité de l'autorité

23. Conférence en matière de protection des mineurs et d'adultes (COPMA), 2017.

24. Rieder, Bieri, Schwenkel, Hertig et Amberg, 2016.

25. Voll, 2010, p. 109.

26. *Idem*.

(al. 1), l'autre sa composition minimale, soit trois membres (al. 2). Le reste de l'organisation des APEA, notamment la relation entre le nombre d'autorités en fonction de la population, est de la compétence des cantons. L'organisation des services de protection de la jeunesse est une attribution purement cantonale. Ces derniers sont responsables de l'évaluation des situations de maltraitance, des services commandités par l'APEA et des services volontaires. Dans quelques cantons suisses alémaniques, les services mandatés et les services volontaires sont délégués à différentes organisations. C'est par exemple la situation qui prévaut dans certaines régions des cantons d'Argovie et de Lucerne.

Concernant également le domaine public civil, d'autres secteurs et organisations s'occupent aussi de la violence envers les enfants²⁷ : les CAN Teams des hôpitaux et les CAN Teams régionaux, les services privés spécialisés dans les interventions contre les abus sexuels des enfants et les offices relevant de la Loi d'aide aux victimes d'infractions (LAVI) qui offrent des soutiens et accompagnements psychosociaux et financiers. Souvent les services privés et les CAN Teams des hôpitaux sont aussi des unités reconnues comme services LAVI.

Le secteur pénal contribue à la protection de l'enfance par le traitement, voire la pénalisation, des auteurs de violence. De plus, presque tous les services et les professionnel-le-s des domaines de l'éducation, du social et de la santé qui rencontrent des enfants, sont régulièrement confronté-e-s à la victimisation des enfants – y compris les écoles, le travail social dans les écoles, les services de pédopsychiatrie, de pédiatrie, de dentisterie, etc. Même les services exclusivement réservés aux adultes peuvent contribuer à la protection de l'enfance²⁸. Aux Pays-Bas, les urgences pour les adultes signalent tous les cas de violence conjugale, de toxicomanie, de tentatives de suicide et de problèmes psychiatriques sévères aux services de protection de la jeunesse²⁹. Un projet pilote de ce protocole « La Haye » a été introduit dans le canton de Zurich³⁰.

En général, les structures organisationnelles de protection de l'enfance sont plus centralisées en Suisse romande que dans la

27. Voir Trocmé *et al.* (Trocmé, Akesson et Jud, 2016) pour une catégorisation internationale des secteurs en protection de l'enfance.

28. C'est par exemple le cas de l'Unité de médecine des violences du CHUV à Lausanne et dans les hôpitaux régionaux du canton de Vaud.

29. Diderich *et al.*, 2013.

30. Jud, Schmid, Staubli et Eis, 2018.

partie germanophone. La densité des organisations en Suisse alémanique est ainsi beaucoup plus élevée (4,73 pour la partie germanophone pour 10 000 résidents mineurs pour 4,39 organisations en Suisse occidentale)³¹. Ce taux est encore significativement plus bas pour l'arc lémanique avec 2,68 organisations par 10 000 résidents mineurs. En revanche au Tessin, le taux est comparable à celui de la Suisse germanophone (4,5 organisations pour 10 000 résidents mineurs). Les services sociaux intercommunaux du canton de Berne, qui agissent comme services de protection de la jeunesse, dépassent en nombre la totalité des services de l'arc lémanique, les trois secteurs mentionnés confondus³².

Le taux d'organisations par habitant subsume plusieurs dimensions :

a) Une organisation de protection de l'enfance a besoin d'un bassin de population suffisant pour garantir une expertise professionnelle³³. Un premier sondage national en Suisse sur la protection de l'enfance a montré que les autorités tutélaires agissant pour une population réduite optaient significativement plus souvent pour une mesure plus intrusive que les autorités de plus grande assise³⁴.

b) D'ailleurs, à un taux d'organisations bas-seuil et non-mandataire important correspond un niveau de mesures protectrices plus bas³⁵. Autrement dit, une réponse insuffisante de la part des services subsidiaires, pouvant intercéder auprès des familles lorsque des problèmes se développent, contraint les APEA à intervenir plus souvent.

c) La multiplication d'organisations présente aussi le risque de surcharge des victimes et de leurs familles, lesquelles doivent parfois faire face à un labyrinthe de dénominations et de termes sans savoir avec exactitude à quelle organisation s'adresser et laquelle est en mesure de résoudre leurs problèmes.

La centralisation administrative en Suisse romande s'accompagne souvent d'une hiérarchisation plus marquée. Beaucoup de cantons

31. Taux pour les trois secteurs inclus dans l'étude Optimus 3 ; calculé par l'auteur.

32. Pour de plus amples précisions sur cette question, voir la situation du canton de Berne ci-après.

33. Voir Vogel et Wider, 2010.

34. Voll et Jud, 2013.

35. Voir Jud, 2014.

suisse alémaniques ont organisé leurs services de protection de la jeunesse au niveau communal, voire intercommunal, ce qui se traduit par une variété de dénominations utilisant diverses combinaisons avec les termes de centre, office, service, jeunesse, enfants et famille. Même les services zurichoïses, qui sont réunis sous un toit commun, bénéficient d'une importante liberté de décision quant à l'organisation des procédures (voir l'explicitation de la situation du canton de Zurich ci-après).

Les anciennes structures de l'autorité tutélaire, organisées à l'échelle locale en Suisse alémanique (Häfeli et Voll, 2010), ont subi une profonde mutation avec l'instauration du nouveau droit de la protection de l'adulte et de l'enfant, laquelle s'est accompagnée d'une réorganisation qui a concerné avant tout cette région de la Suisse. Le nombre d'autorités tutélaires a alors drastiquement diminué, passant de 1415 autorités tutélaires à 148 APEA³⁶. Le nombre d'autorités est demeuré le même dans la majorité des cantons francophones (Fribourg, Genève, Neuchâtel et Vaud). Au Tessin, la réorganisation des autorités avait déjà commencé bien avant l'instauration du nouveau droit de protection de l'adulte et de l'enfant. Le nombre d'autorités est passé de 245 en 2001 à 18³⁷. L'important changement qu'a connu la Suisse alémanique est sans doute une des raisons qui explique la pression médiatique très forte dans cette région³⁸.

La diversité organisationnelle existe non seulement entre les grandes régions culturelles du pays, mais aussi au sein même de ces entités. Les contrastes entre cantons peuvent être très marqués dans la partie germanophone de la Suisse. Une comparaison succincte entre les deux cantons les plus peuplés est susceptible de faire comprendre une partie de cette diversité, souvent peu connue du public francophone, lequel tend à appréhender la Suisse alémanique comme une entité homogène. Rien n'est moins vrai.

36. COPMA, 2017.

37. *Idem*.

38. Les deux exemples les plus connus en Suisse alémanique sont probablement les cas des *Obersee Nachrichten* à Rapperswil et la lutte de l'écrivain Zoë Jenny contre l'APEA. Le journal gratuit *Obersee Nachrichten* a attaqué l'APEA Linth à Rapperswil pendant plusieurs années jusqu'à ce que son éditeur soit condamné pour atteinte à la personnalité en 2018 (voir à ce propos <https://www.blick.ch/news/schweiz/wegen-kampagne-gegen-kesb-gericht-heisst-klage-gegen-obersee-nachrichten-gut-id7720185.html>). L'écrivaine bâloise Zoë Jenny a instrumentalisé plusieurs médias dans sa lutte personnelle contre les mesures protectrices de l'APEA envers leur fille. Voir par exemple, le dossier de la *Schweizer Illustrierte*. En ligne: <https://www.schweizer-illustrierte.ch/dossier/zoe-jenny>

PREMIÈRE ILLUSTRATION, LA STRUCTURE DE LA PROTECTION DE L'ENFANCE DANS LE CANTON DE ZURICH

Le canton de Zurich est le plus peuplé de Suisse³⁹. Il héberge la plus importante agglomération du pays (Zurich) et la sixième par la taille (Winterthur); mais il compte également des régions assez rurales. L'étude Optimus 2016 a dénombré 107 nouveaux cas de mauvais traitements sur trois mois, pour 10 000 enfants résidents. C'est le taux le plus élevé de Suisse – 40 % plus important que celui de l'arc lémanique (seconde région la plus concernée) ou encore quatre fois plus élevé qu'au Tessin, région la moins affectée⁴⁰.

Aussi spectaculaires soient ces chiffres et ces différences, ils traduisent avant tout l'importante densité d'organisations subsidiaires, capables d'identifier les situations de mise en danger des enfants. Ce nombre conséquent de signalements doit aussi être mis en relation avec le rôle des organisations pionnières qui ont pris en charge un grand nombre de dossiers locaux, mais aussi de toute l'agglomération du grand Zurich et parfois même de l'extérieur. Le CAN Team multidisciplinaire de l'hôpital des enfants de la ville a été le premier fondé en Suisse (1969), peu de temps après le premier CAN Team qui a vu le jour à Denver, créé par Henry Kempe⁴¹. Il traite annuellement plus de 500 cas de maltraitance envers les enfants⁴². Enfin, Zurich accueille aussi Castagna, une organisation pour les jeunes victimes d'abus sexuels, qui accompagne plus de 1000 victimes par an⁴³.

Depuis 2011, le canton de Zurich a instauré une nouvelle loi cantonale sur la jeunesse (Kinder- und Jugendhilfegesetz) qui règle les services ambulatoires et leur financement pour l'ensemble du canton. De façon générale, tous les services ambulatoires sont gratuits pour les jeunes et leurs familles (§ 8). Les communes financent 40 % des services, le canton le reste (§ 35). Zurich n'est qu'un des huit cantons dotés d'une loi cantonale sur la jeunesse⁴⁴.

Les services de protection de la jeunesse zurichois sont placés sous l'autorité de l'Office cantonal de jeunesse (acronyme allemand AJB), à l'exception du Service social municipal de la ville de Zurich.

39. Office fédéral de la statistique, 2019a.

40. Schmid *et al.*, 2018, p. 22.

41. Lips, 2013.

42. Kinderschutzgruppe und Opferberatungsstelle des Kinderspitals Zürich, 2019.

43. Beratungsstelle Castagna, 2019.

44. Le fait que le dernier état des lieux à propos des lois cantonales sur la jeunesse date de 2014 montre l'importance relative accordée par le monde politique à ce sujet (Regierungsrat des Kantons Basel-Stadt, 2014). Les autres cantons évoqués dans ce document étaient: Berne, Fribourg, Jura, Obwald, Vaud, Valais et Zurich.

Deux systèmes coexistent donc en parallèle: le système cantonal et celui de la ville de Zurich. Les SPJ (Kinder- und Jugendzentren kjz ou SOD Zürich) sont responsables de l'évaluation des situations de mauvais traitements – et sont en train d'introduire une méthode unifiée d'évaluation⁴⁵ –, pour l'offre de services volontaires et de services mandatés. Même si les quinze SPJ en dehors de la ville de Zurich sont chapeautés par l'AJB, ils gardent une bonne marge d'appréciation. Ce ne sont donc pas des antennes à proprement parler. Ils constituent des organisations indépendantes avec des ressources communes et sont dotés d'une équipe qui s'occupe de la formation professionnelle.

À Winterthur, par exemple, le kjz et la clinique coordonnent les aspects sociaux et médicaux de la protection de l'enfance, chapeautés par la Fondation OKey (www.okeywinterthur.ch), selon un modèle innovant. Les décisions sont prises par les treize APEA (inter)communales⁴⁶ qui sont responsables ensemble de 51 500 à 396 000 résidents permanents⁴⁷. Toutes les APEA répondent ainsi aux exigences concernant le nombre minimal de personnes requis, en accord avec les recommandations de la COPMA⁴⁸.

La restructuration de la protection de l'enfance, à la suite de l'entrée en vigueur du nouveau droit de la protection de l'enfant et de l'adulte, a probablement contribué à un renouveau du rôle des CAN Teams régionaux, qui existaient depuis les années 1990⁴⁹. Le nombre de cas, fortement décroissant, qu'elles ont à prendre en charge permet à ces équipes de prodiguer plus de conseils sur les procédures à suivre pour les professionnel-le-s confronté-e-s à des cas de maltraitance.

DEUXIÈME ILLUSTRATION: LA STRUCTURE DE LA PROTECTION DE L'ENFANCE DANS LE CANTON DE BERNE

Le canton de Berne compte environ 1 031 000 résidents. Il figure au deuxième rang de la population des cantons suisses avec 12 % de la population. Berne est riche de 346 communes, soit le sixième (17 %) de l'ensemble des 2212 communes suisses. Ces chiffres montrent

45. Hauri, Jud, Lätsch et Rosch, 2016.

46. L'APEA de la ville de Zurich est la seule qui ne soit pas organisée sous forme d'un réseau intercommunal.

47. COPMA, 2017.

48. Vogel et Wider, 2010.

49. Kinderschuttkommission Kanton Zürich, 2017.

l'exiguïté territoriale des structures de ce canton. Comme le canton de Zurich, celui de Berne est composé de régions urbaines (Berne et Bienne sont respectivement les 5^e et 10^e villes suisses) et de régions assez rurales⁵⁰. De plus, le canton de Berne a une minorité francophone, ce qui constitue un réel défi politique. Pour des raisons de protection des données, il ne nous a pas été possible, dans le cadre de l'étude Optimus, de comparer le nombre de situations de mauvais traitements dans chacune des régions.

Le canton compte 67 services sociaux qui fonctionnent comme des SPJ – services sociaux communaux ou regroupant plusieurs communes au sein d'un organisme responsable⁵¹, sept d'entre eux appartiennent à la communauté francophone.

Les APEA bernoises, responsables du suivi de quelque 50 000 à 130 000 résidents permanents, sont beaucoup moins nombreuses qu'auparavant. Leur nombre est passé de 318 à 11⁵². Une exception nationale doit être signalée ici : elle concerne l'APEA bourgeoise qui ne sert pas les résident·e·s d'un territoire, mais s'adresse à une certaine classe de la population, les bourgeois.

Le canton de Berne a introduit en 2011 une Ordonnance sur les prestations d'insertion sociale (OPIS), dans sa loi cantonale sur la jeunesse. Elle s'occupe des structures d'accueil extrafamilial et de l'animation de la jeunesse, mais n'intègre pas les services ambulatoires des SPJ.

Par ailleurs, la protection de l'enfance dans le secteur médical a été organisée sur le même modèle que le canton de Zurich, avec plusieurs CAN Teams multidisciplinaires qui prennent en charge un nombre élevé de situations. Des organisations spécialisées dans l'intervention auprès des (jeunes) victimes d'abus sexuels et témoins de violences domestiques complètent le dispositif (voir www.stiftung-gegen-gewalt.ch).

50. Office fédéral de la statistique, 2019b.

51. Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern, 2019.

52. COPMA, 2017.

UNE COMPARAISON ENTRE LES SITUATIONS SUISSES ET DU QUÉBEC

Comparer les situations prévalant en Suisse et au Québec est susceptible d'offrir un point d'observation intéressant pour prendre un peu de distance avec la situation actuelle de la Suisse. Le Québec compte en effet une population d'environ 8 millions habitants et une importante minorité linguistique anglophone à Montréal. Le Québec a seize SPJ et l'un d'entre eux est anglophone. De plus, plusieurs communautés autochtones offrent toute une gamme de services de protection de l'enfance financés par la province et le gouvernement fédéral.

La comparaison Suisse-Québec à propos de la protection de l'enfance n'est pas seulement intéressante parce que les deux juridictions ont plus au moins le même nombre de résidents, même si le Québec s'étend sur un territoire 32 fois plus grand. En effet, le Québec est la seule juridiction au Canada qui ne connaît pas seulement le système anglophone du « Common Law », mais dispose aussi d'une Loi sur la protection de la jeunesse qui est comparable aux lois s'appuyant sur les codes civils d'une majorité d'États d'Europe continentale, dont la Suisse. Sur cette base légale, le processus d'intervention comprend les étapes suivantes: réception et traitement d'un signalement (accueil), évaluation de la situation (enquête), orientation de l'enfant (planification de l'intervention), mise en œuvre des interventions et révision de la situation. En revanche, le nombre, relativement restreint de SPJ, seize (appelés Centres jeunesse) pour l'ensemble du Québec, se différencie quant à leur fonctionnement. Le directeur de la protection de la jeunesse de chacun de ces seize centres est non seulement chargé de l'application de la Loi sur la protection de la jeunesse, mais il est aussi directeur provincial en vertu de la Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents. Ce regroupement en une seule entité permet d'augmenter les chances de briser le cycle de la violence. En effet, des études montrent que les adolescents victimes de violence risquent de devenir à leur tour auteurs^a. Ce regroupement permet ainsi de mieux coordonner les deux systèmes (protection de la jeunesse et justice pénale pour les adolescents) et de réduire les ressources nécessaires à leur coordination.

Pour en savoir plus du système québécois, voir <https://cwrp.ca/fr/provinces-territoires/quebec>.

a. Par exemple Allroggen, Rau, Ohlert et Feger, 2017.

**VIGNETTE FICTIVE AFIN DE METTRE SUCCINCTEMENT
EN PERSPECTIVE LES PRISES EN CHARGE AU SEIN DES DEUX CANTONS
DE ZURICH ET DE BERNE**

Une courte vignette peut donner une idée des trajectoires de protection de l'enfance dans les cantons de Zurich et de Berne. Prenons les communes de Fischenthal (ZH) et de Wimmis (BE). Une comparaison des statistiques fournies par l'OFS sur les deux communes⁵³ montre que la plupart des indicateurs sont proches. Les deux communes sont rurales et situées pas trop loin des centres régionaux. Toutes deux ont environ 2500 résidents, dont 15-20 % ont 65 ans et plus. Le taux de l'aide sociale y est inférieur à 5 %. La surface agricole de leur territoire est d'environ 30 %. La vie politique est dominée par le parti populiste UDC. Une distinction les différencie pourtant : les distances à effectuer depuis ces deux communes, retenues dans un échantillon stratifié, sont moins élevées pour le système zurichois qui a décidé de centraliser et spécialiser les services à destination des jeunes.

Melek est une jeune célibataire de 21 ans mère d'une petite fille âgée 2 ans et demi, porteuse d'une trisomie 21. La famille de Melek doit consulter régulièrement à l'hôpital régional, situé à quarante-cinq minutes de distance en transport public. Alarmé par des problèmes récurrents d'hygiène et une alimentation inappropriée, le personnel infirmier consulte le CAN Team de l'hôpital. Le travailleur social de l'équipe conseille à la mère de consulter le centre de jeunesse (kjj) à Rütli, pour ce qui est de la situation à Zurich, et le service social à Spiez, pour la situation dans le canton de Berne, tous les deux situés à environ vingt minutes de l'appartement de Melek.

Un an après le premier contact de la mère avec les services respectifs, ceux-ci suggèrent aux APEA correspondantes d'instaurer une curatelle, car aux problèmes de négligence maternelle se sont ajoutés des actes de violence de la part du nouveau partenaire de la maman. Melek de Fischenthal est auditionnée par l'APEA à Rütli, proche du kjj. Melek de Wimmis est entendue par l'APEA à Frutigen, à une heure en transport public de chez elle. Les curatelles sont ainsi instaurées et le mandat revient respectivement au kjj de Rütli et aux services sociaux de Spiez. En général, les jeunes victimes de mauvais traitements du canton de Zurich ont un peu moins de difficultés à s'orienter dans le labyrinthe des organisations de protection de

53. Accessible en ligne : <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/statistique-regions/portraits-regionaux-chiffres-cles/communes.html>.

l'enfance; la spécialisation et l'expertise des centres de jeunesse zurichois sont probablement un peu plus poussées.

En dépit des limites et des simplifications inhérentes au recours à une vignette, il est important de noter que la recherche sur la protection de l'enfance en Suisse montre régulièrement que les processus de décisions seront probablement différents, alors même que des facteurs comme la ruralité, les risques sociostructurels entre régions linguistiques et culturelles sont similaires. Ce sera assurément le cas ici aussi. De plus, une quinzaine d'années dans la recherche sur la protection de l'enfance en Suisse me porte à penser que le premier contact entre la famille et le système de soutien est souvent assez aléatoire. Même si les trajectoires de Melek de Fischenthal (ZH) et Melek de Wimmis (BE) sont comparables, et même si des décisions identiques seront prises, il est peu probable que les deux familles entament leurs parcours avec le même type de service. On peut même postuler qu'à partir d'une situation analogue, un des parcours pourrait ne jamais susciter l'intervention d'une APEA⁵⁴.

CONCLUSION

Même si quelques différences linguistiques et culturelles existent et sont décrites dans les premières parties de ce texte, l'organisation de la protection de l'enfance en Suisse dépend d'abord des administrations cantonales, qui se sont développées de façon assez autonome. Dans leur rapport national sur le droit de la protection de l'enfant et de l'adulte, Rieder *et al.*⁵⁵ n'ont pas identifié de facteurs corrélatifs avec la fréquence des signalements. L'organisation entre les cantons du Jura et de Vaud d'un côté, et ceux entre Zurich et la Thurgovie diffèrent assez fortement. En général, les APEA dans la Suisse francophone sont plus centralisées et juridicarisées. Mais les APEA du Jura et du Valais ne le sont pas⁵⁶. Les APEA administratives sont dominantes en Suisse alémanique, à l'exception d'Argovie et de Schaffhouse. Les différences cantonales croisent aussi le clivage urbain/rural et la diversité des disciplines. Aux niveaux national et international, l'impact des facteurs macros sur les décisions professionnel-le-s dans la protection de l'enfance est encore à explorer.

54. Pour une approche théorique aux variations dans les seuils décisionnels, voir, par exemple, Baumann *et al.* (Baumann, Dalgleish, Fluke et Kern, 2011).

55. Rieder *et al.*, 2016, p. 55.

56. COPMA, 2017.

La complexité des structures sur le territoire suisse a contribué à une grande densité d'organisations. La première étude Optimus sur les abus sexuels recensait plus de 2300 organisations dans son échantillon national⁵⁷. Le deuxième cycle de recherches, englobant toutes les formes de maltraitance, développé après l'introduction du nouveau droit de la protection de l'enfant et de l'adulte a identifié quelque 545 organisations⁵⁸. Si un enfant et sa famille entrent en contact avec le système de protection de l'enfance, ils vont probablement rencontrer beaucoup de professionnel-le-s. La première étude nationale sur la protection tutélaire de l'enfant en 2003 à 2006 notait un chiffre médian de quinze professionnel-le-s par dossier tutélaire⁵⁹. Les professionnel-le-s eux-mêmes, n'étaient pas au clair sur le dispositif. La Suisse ne manque certainement pas de services et de professionnel-le-s dans le secteur de la protection de l'enfance, mais le pays souffre plutôt d'un manque de clarté dans son dispositif et de critères de comparaison entre les structures qui le forment.

En guise d'épilogue, il y a lieu de s'interroger sur l'impact de ces différences entre régions et cantons. Certains résultats montrent l'existence d'inégalités persistantes en Suisse. Ainsi, selon leur lieu de résidence, les enfants ne possèdent pas la même chance de bénéficier d'une intervention professionnelle en cas de mauvais traitements. Des échanges plus nombreux entre les différentes régions linguistiques de Suisse et les diverses disciplines concernées est un début. Un tel dialogue peut représenter une chance pour les administrations et les gouvernements de trouver des solutions qui garantissent une meilleure égalité de traitement et plus de transparence entre et au sein de leurs systèmes de protection. De plus, la multiplication des échanges pourrait contribuer à mieux informer les familles venant d'ailleurs, aussi bien de l'étranger que d'autres régions de Suisse, confrontées à la complexité du dispositif helvétique en cas de déménagement. Enfin, les expériences différentes vécues de part et d'autre de la Sarine dans l'accompagnement de situations complexes, en particulier avec la migration, seraient une source d'enrichissement général.

La contribution d'un auteur de langue et d'origine germanophone dans un recueil de textes en langue française constitue une pièce, même modeste, de ce puzzle.

57. Maier, Mohler-Kuo, Landolt, Schnyder et Jud, 2013.

58. Les services pédopsychiatrie, de travail social des écoles et les services de psychologie scolaire n'étaient pas inclus.

59. Jud, 2010.

BIBLIOGRAPHIE

ALFÖLDI, Francis (2005), *Évaluer en protection de l'enfance théorie et méthode* (2^e éd.), Paris: Dunod.

ALLROGGEN, Marc, RAU, Thea, OHLERT, Jeannine et FEGERT, Jörg M. (2017), « Lifetime prevalence and incidence of sexual victimization of adolescents in institutional care », *Child Abuse Neglect*, 66, pp. 23-30.

BAUMANN, Donald, DALGLEISH, Len, FLUKE, John et KERN, Homer (2011), *The Decision-Making Ecology*, Washington, DC: American Humane Association.

Beratungsstelle Castagna (2019), *Statistik 2018*, Zurich.

Centre suisse de compétences sur les droits humains (CSDH) (2013), *Mise en œuvre des droits humains en Suisse: Un état des lieux dans le domaine de la politique de l'enfance et de la jeunesse*, Berne: Weblaw.

Conférence en matière de protection des mineurs et des adultes (COPMA) (2017), « APEA: Organisations dans les cantons (état: 1.1.2017) », *Z Kindes Erwachsenenschutz*, 72 (1), 5.

DIDERICH, Hester M., FEKKES, Minne, VERKERK, Paul H., PANNEBAKKER, Fieke D., KLEIN VELDERMAN, Mariska, SORENSEN, Peggy J. G., BAETEN, Paul et OUDESLUYS-MURPHY, Anne Marie (2013), « A new protocol for screening adults presenting with their own medical problems at the Emergency Department to identify children at high risk for maltreatment », *Child Abuse Neglect*, 37 (12), pp. 1122-1131.

Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern (2019), *Liste des services sociaux communaux et régionaux*, Berne.

GREDIG, Daniel et GOLDBERG, Daniel (2010), « Soziale Arbeit in der Schweiz », in Werner Thole (éd.), *Grundriss Soziale Arbeit* (3^e éd.). Wiesbaden: VS-Verlag für Sozialwissenschaften, pp. 403-424.

HÄFELI, Christoph et VOLL, Peter (2010), « Organisation de l'autorité tutélaire et impact sur la protection de l'enfance », in Peter VOLL, Andreas JUD, Eva MEY, Christoph HÄFELI et Martin STETTLER (éds), *La protection de l'enfance: gestion de l'incertitude et du risque*, Genève: ies Éditions, pp. 201-218.

HAURI, Andrea, JUD, Andreas, LÄTSCH, David et ROSCH, Daniel (2016), « Anhang I: Das Berner und Luzerner Abklärungsinstrument zum Kindesschutz », in Daniel ROSCH, Christiane FOUNTOLAKIS et Christoph HECK (éds), *Handbuch Kindes- und Erwachsenenschutz: Recht und Methodik für Fachleute*, Berne: Haupt, pp. 590-627.

JUD, Andreas (2014), « Fallzahlen im Kindes- und Erwachsenenschutz in den Jahren 2002-2011: Eine ständige Zunahme? », *Z Kindes Erwachsenenschutz*, 69 (5), pp. 375-393.

JUD, Andreas (2010), « Qui s'occupe de la protection des mineurs? », in Peter VOLL, Andreas JUD, Eva MEY, Christoph HÄFELI et Martin STETTLER (éds), *La protection de l'enfance: gestion de l'incertitude et du risque*, Genève: ies Éditions, pp. 61-74.

JUD, Andreas, SCHMID, Simone, STAUBLI, Georg et EIS, Doris (2018). Kann die Erwachsenenmedizin zur Früherkennung im Kinderschutz beitragen?, *Z Kindes Erwachsenenschutz*, 73, 95-100.

JUD, Andreas et VOLL, Peter (2019), « The definitions are legion: Academic views and practice perspectives on violence against children », *Sociological Studies of Children and Youth*, 24.

KELLERHALS, Jean et WIDMER, Eric (2012), *Familles en Suisse: les nouveaux liens* (2^e éd.), Lausanne: PPUR.

Kinderschutzgruppe und Opferberatungsstelle des Kinderspitals Zürich. (2019), *Jahresbericht 2018*, Zurich: Kinderspital Zürich.

Kindesschutzkommission Kanton Zürich (2017), *Tätigkeitsbericht 2015/2016 Kindesschutzkommission*, Zurich.

LIPS, Ulrich (2013), « Kinderschutz und Medizin », in Daniel Rosch et Diana Wider (éds), *Zwischen Schutz und Selbstbestimmung*, Berne: Stämpfli, pp. 105-118.

MAIER, Thomas, MOHLER-KUO, Meichun, LANDOLT, Markus A., SCHNYDER, Ulrich et JUD, Andreas (2013), « The tip of the iceberg. Incidence of disclosed cases of child sexual abuse in Switzerland: results from a nationwide agency survey », *Int J Public Health*, 58, pp. 875-883.

MEIER, Philippe (2016), *Droit de la protection de l'adulte: Articles 360-456 CC*, Zurich: Schulthess.

MESSMER, Heinz, FELLMANN, Lukas, WETZEL, Marina et KÄCH, Oliver (2019), «Sozialpädagogische Familienhilfe im Spiegel der Forschung», *Neue Praxis*, pp. 37-53.

METZGER, Marius (2019), «Sozialpädagogische Familienhilfe [online]», *Socialnet Lexikon*, Bonn : Socialnet.

MITROVIC, Tanja, JUD, Andreas et ROSCH, Daniel (2017), «Praxis der KESB zum Einbezug von verwandten und nicht verwandten Personen bei Kindesplatzierungen : Ergebnisse einer schweizweiten Online-Befragung», *Zeitschrift für Kindes- und Erwachsenenschutz*, 72 (3), pp. 173-191.

MURRAY, Kathleen (2000), «Family group conferences in child welfare», *Child Abuse et Neglect*, 24 (2), pp. 303-304. doi: Doi 10.1016/S0145-2134 (99) 00137-4

Office fédéral de la statistique (2017), *Les familles en Suisse : Rapport statistique 2017*, Neuchâtel.

Office fédéral de la statistique (2019a), *Population résidente permanente et non permanente selon les niveaux géographiques institutionnels, la nationalité (catégorie), le sexe et l'âge (2010-2018)*, Neuchâtel.

Office fédéral de la statistique (2019b), *Portraits régionaux 2019: chiffres-clés de toutes les communes*, Neuchâtel.

PAULUS, Éric, TABIN, Jean-Pierre et STEIGER, Bhama (2013), «Évaluation de l'action éducative en milieu ouvert dans le canton de Vaud», in Edith Maud Piller et Stefan Schnurr (éds), *Kinder- und Jugendhilfe in der Schweiz*, Heidelberg : Springer, pp. 257-265.

Regierungsrat des Kantons Basel-Stadt (2014), *Ratschlag zum «Gesetz betreffend Förder- und Hilfeleistungen für Kinder und Jugendliche (Kinder- und Jugendgesetz, KJG)»*, Bâle.

REICH, Wulfhild (2005), «Der Stuttgarter Kinderschutzbogen: Ein Diagnoseinstrument bei Kindeswohlgefährdung», *Kinderärztliche Praxis*, 76 (6), pp. 370-377.

RIEDER, Stefan, BIERI, Oliver, SCHWENKEL, Christof, HERTIG, Vera et AMBERG, Helen (2016), *Evaluation Kindes- und Erwachsenenschutzrecht*, Lucerne : Interface.

SCHMID, Conny, JUD, Andreas, MITROVIC, Tanja, PORTMANN, Rahel, KNÜSEL, René, BEN SALAH, Hakim, KOSIRNIK, Céline,

KOEHLER, Jana et FUX, Étienne (2018), *Mauvais traitements envers les enfants en Suisse: Formes, assistance, implications pour la pratique et le politique*, Zurich: UBS Optimus Foundation.

TROCME, Nico, AKESSON, Bree et JUD, Andreas (2016), « Responding to Child Maltreatment: a Framework for Mapping Child Protection agencies », *Child Indic Res*, 9, pp. 1029-1041. doi: 10.1007/s12187-015-9362-y

VOGEL, Urs et WIDER, Diana (2010), « L'autorité de protection des mineurs et des adultes en tant qu'autorité interdisciplinaire – Ressources humaines, composition et structures », *Zeitschrift für Kindes- und Erwachsenenschutz*, 65 (2), pp. 91-107.

VOLL, Peter (2010), « L'instauration des mesures protectrices », in Peter VOLL, Andreas JUD, Eva MEY, Christoph HÄFELI et Martin STETTLER (éds), *La protection de l'enfance: Gestion de l'incertitude et du risque*, Genève: iès Éditions, pp. 87-110.

VOLL, Peter et JUD, Andreas (2013), « Management by diffusion? », in Edith MAUD PILLER et Stefan SCHNURR (éds), *Kinder- und Jugendhilfe in der Schweiz*, Heidelberg: Springer, pp. 23-52.

L'ÉVALUATION DE LA MALTRAITANCE DANS LES CONTEXTES INTERCULTURELS; L'EXEMPLE DU SERVICE DE PROTECTION DE LA JEUNESSE DU CANTON DE VAUD (SPJ)

DOLORES DAO ET MARTINE HAEMMERLI

Produit à quatre mains par deux collaboratrices récemment retraitées du SPJ¹ du canton de Vaud, le texte qui suit ne constitue pas une position officielle du service et n'engage pas ce dernier. Il se veut un regard distant sur les activités réalisées et souhaite présenter un éclairage du problème des mauvais traitements lorsque des questions culturelles se posent, à partir du positionnement de l'évaluateur de la situation. Deux volets complémentaires composent le texte. Le premier, signé de Dolores Dao, explicite la manière dont les pratiques administratives sont exercées à partir des textes de loi. Il figure en encadré et peut faire l'objet d'une lecture spécifique, mettant indirectement en évidence le poids relatif du contexte culturel dans l'abord législatif des mauvais traitements envers les enfants. Le second volet, signé par Martine Haemmerli, entend mettre en évidence le modèle d'intervention mis en place au sein du service. Il explicite la mise en œuvre des textes législatifs, des directives internes, des pratiques, notamment par des illustrations de cas concrets.

1. Depuis le 1^{er} septembre 2020, l'ancien SPJ a été réorganisé en Direction générale de l'enfance et de la jeunesse (DGEJ).

ASPECTS LÉGAUX DE LA PROTECTION DES MINEURS, PROCÉDURES ET PRATIQUES ADMINISTRATIVES

Le Service de protection de la jeunesse inscrit son action auprès des familles et des mineur-e-s dans un cadre légal, des procédures administratives et des outils d'évaluation et de contrôle des mesures mises en place. Il s'agit d'évaluer la mise en danger du ou de la mineur-e, d'évaluer les compétences parentales et de mettre en place toute mesure en vue de diminuer, voire de faire disparaître, la mise en danger de l'enfant et de réhabiliter les compétences des parents.

Le cadre légal permet au SPJ d'agir sous la responsabilité d'une autorité judiciaire dans toute situation pour l'évaluation du signalement de mise en danger d'un enfant et dans certaines situations, si un mandat ou une mesure judiciaire est instituée. Il permet aux parents de pouvoir faire valoir leur point de vue si un désaccord existe.

Dans un premier temps, nous présenterons brièvement les aspects légaux de la protection des mineur-e-s sur le plan fédéral puis sur le plan cantonal. Dans un second temps, nous nous concentrerons sur les actrices ou acteurs de cette protection: Justice de paix et SPJ. Nous évoquerons ensuite les modalités de travail de l'ASPM (assistante sociale de protection des mineur-e-s), ainsi que les outils mis à sa disposition pour effectuer cette mission de protection.

BREF APERÇU LÉGAL

La protection des mineur-e-s se fonde sur différents textes légaux du droit fédéral tels que le Code civil (CC), Ordonnance sur le Placement d'Enfants (OPE), Ordonnance sur l'Adoption (OAdo), ainsi que des lois cantonales (Constitution vaudoise, Loi vaudoise d'application du droit fédéral de la protection de l'adulte et de l'enfant, Loi sur la protection des mineurs) et la LJPM (Loi sur la justice pénale des mineurs) pour l'aspect pénal concernant des infractions commises par les mineurs.

Depuis le 1^{er} janvier 2013, la modification du droit fédéral de la protection des adultes a entraîné celui de la protection des enfants. Un des plus importants principes était celui d'adapter les mesures de protection en fonction des difficultés présentées par

la personne à protéger, à professionnaliser la prise en charge de ces mesures et, particulièrement pour le mineur, à favoriser une proximité plus grande avec la personne en charge de la mise en place des mesures et du suivi de celles-ci.

Le canton de Vaud avait déjà élaboré plusieurs principes dans sa Constitution en lien avec cette thématique: le principe de la protection particulière des enfants et des jeunes (art. 13), la compétence de l'État pour organiser la protection de l'enfance et de la jeunesse (art. 63), le principe du soutien des activités de jeunesse et de la préparation des jeunes à la vie civile (art. 62 et 85).

De plus, la LProMin (Loi sur la protection des mineurs du 4 mai 2004) avait déjà défini des bases importantes concernant les modalités concrètes de protection des mineur·e·s mises en place dans le canton de Vaud entre la Justice de paix, autorité de protection de l'adulte et de l'enfant, et le Service de protection de la jeunesse, chargé de l'exécution concrète des mesures et de leur suivi à court, moyen ou long terme.

L'objectif principal est de garantir à tout enfant en danger dans son développement sur les plans physique, sexuel, psychologique la possibilité de bénéficier d'une remédiation à sa situation. Il peut lui-même demander de l'aide, ses parents peuvent le faire également.

Afin de garantir cet objectif, toute personne connaissant une situation où un enfant semble avoir besoin d'aide peut demander conseil au SPJ ou signaler cette situation. Les professionnel·le·s en relation avec des enfants dans le cadre de leur travail, de leur profession, d'une charge ou de leur fonction ont l'obligation de signaler le cas d'un enfant semblant avoir besoin d'aide.

Si le SPJ a connaissance de faits susceptibles de constituer une infraction d'ordre pénal (Cf. énumération des infractions plus bas) se poursuivant d'office dans le domaine de la protection de l'enfant, il doit les dénoncer à l'autorité pénale et en informe l'autorité de protection.

LES ACTEURS DE LA PROTECTION DES MINEUR·E·S

Dans le canton de Vaud, c'est la Justice de paix qui est l'autorité de protection de l'adulte et de l'enfant sur le plan judiciaire. Au nombre de neuf, les Justices de paix doivent également assumer d'autres tâches telles que les successions, les litiges financiers

entre privés, entre privés et institutions jusqu'à un certain montant. Sur le plan de la famille, la Justice de paix enregistre les conventions entre les parents, les modifications de conventions, jugements concernant l'autorité parentale, les pensions alimentaires, le droit de visite.

Depuis plus de cinquante ans, le Service de protection de la jeunesse est chargé d'assurer la prise en charge concrète de la protection de mineur·e·s en danger. Il agit dans le cadre légal défini par la loi et sous l'autorité de la Justice de paix en cas de mandat d'enquête ou de curatelle. Le Service dispose de moyens importants tant sur le plan humain que matériel. Depuis la réorganisation en offices régionaux, la proximité entre la population suivie et les professionnel·le·s du SPJ s'est accrue afin d'offrir une prise en charge adaptée tout en veillant à garder une ligne directrice générale entre les quatre offices régionaux.

Ce dispositif a été maintenu malgré le changement de loi au niveau fédéral. En effet, la compétence et l'expertise du SPJ ont été reconnues dans la prise en charge des mineurs en danger et dans l'évaluation de celui-ci. Ainsi, tout signalement d'un enfant en danger ou semblant potentiellement en danger parvient simultanément à la Justice de paix et au Service de protection de la jeunesse par le biais du formulaire de signalement informatique^a. Dès réception, il appartient au SPJ d'apprécier le contenu du signalement en prenant contact avec la famille, le ou la jeune, le ou la signalant·e et un·e autre professionnel·le. L'évaluation terminée dans un délai de dix semaines, le Service rendra rapport à la Justice de paix afin de l'informer de la situation de l'enfant et de sa famille. Le but de la procédure d'appréciation est de confirmer ou infirmer l'existence d'une mise en danger de l'enfant et la capacité ou l'incapacité des parents d'y remédier. Si un danger est confirmé, l'appréciation du signalement se conclura par la décision d'une action socioéducative en vue de faire cesser la mise en danger du ou de la mineur·e et de réhabiliter les compétences parentales.

a. État de Vaud, *Signaler un mineur en danger dans son développement*. En ligne: [https://www.vd.ch/prestation-detail/prestation/signaler-un-mineur-en-danger-dans-son-developpement/?tx_vdprestations_pi4%5Bcontroller%5D=Prestation&tx_vdprestations_pi4%5Baction%5D=show&cHash=02772d541bef39f222cb58288f0db896], consulté le 7 janvier 2020.

Différents cas de figure se présentent:

1. L'enfant n'est pas en danger ou s'il l'est, les parents y remédient seuls.

2. L'enfant est en danger, mais les parents y remédient avec l'appui du SPJ dans le cadre d'une action socioéducative avec la collaboration des parents.

Dans ces deux cas, la Justice de paix clôt le dossier de l'enfant.

3. L'enfant est en danger, les parents contestent, le SPJ sollicite de la Justice une mesure afin de pouvoir intervenir et remédier au danger en mettant en place des mesures. Ces mesures peuvent limiter l'autorité parentale. Le dossier reste ouvert auprès de l'autorité judiciaire.

Si aucune collaboration des parents n'est possible ou si la situation nécessite que l'autorité de protection de l'enfant reste présente, un mandat d'enquête en limitation de l'autorité parentale est confié au SPJ.

Les mesures de protection civile sont les suivantes. Elles limitent l'autorité parentale en allant crescendo. Elles font l'objet de rapports annuels du Service à l'autorité judiciaire afin de préciser les mesures mises en place et l'effet de celles-ci ainsi que la nécessité ou non de les maintenir. Les parents doivent être informés du contenu du rapport afin de pouvoir éventuellement le contester devant l'autorité judiciaire et savoir quels sont les objectifs attendus de leur part et de l'évolution de l'enfant afin que les mesures puissent être levées.

La surveillance éducative (art. 307 al. 3 CC) est la mesure la plus légère: elle permet de *rappeler les père et mère, les parents nourriciers ou l'enfant à leurs devoirs, désigner une personne ou un office qui aura un droit de regard et d'information, vérifier que les mesures ordonnées par le tribunal soient correctement mises en œuvre par les parents.*

La curatelle d'assistance éducative (art. 308 al. 1 CC): elle permet d'*assister les père et mère de ses conseils et de son appui dans la prise en charge de l'enfant.*

La curatelle des relations personnelles (art. 308 al. 2 CC): *le cadre de visite est fixé par l'autorité de protection, le SPJ organisera les modalités du droit de visite et veillera à leur respect.*

Le droit de déterminer le lieu de résidence avec mandat de placement (art. 310 CC): *le retrait du droit de déterminer le lieu de résidence sur leur enfant aux parents, au père ou à la mère selon les circonstances familiales et le placement de celui-ci dans un lieu approprié.*

Le retrait de l'autorité parentale (art. 322 CC): *retire aux parents, au père ou à la mère toutes les responsabilités découlant de l'autorité parentale concernant leur enfant.*

Sur le plan pénal, selon l'art. 27 al. 2 LProMin et l'art. 34 al. 3 LVPAE (Loi vaudoise de la protection de l'adulte et de l'enfant), si le SPJ « a connaissance de faits susceptibles de constituer une infraction se poursuivant d'office dans le domaine de la protection de l'enfant, il les dénonce à l'autorité pénale et informe l'autorité de protection ».

Il lui incombe d'évaluer si des mesures immédiates de protection de l'enfant doivent être prises, en particulier le placement de l'enfant, visant à prévenir la récurrence, contribuer à la préservation des preuves sur le plan pénal ou permettre l'observation de l'enfant, de l'adolescent·e, de leur parole ou d'évaluer sa famille en vue d'établir l'existence de l'infraction d'une part et d'évaluer la capacité de la famille ou d'un·e membre de celle-ci à réintégrer sa fonction protectrice.

Les infractions poursuivies d'office sont les violations les plus graves, telles que par exemple: les voies de fait à répétitions (art. 126 CP), les lésions corporelles simples qualifiées (art. 123 al. 2 CP), les actes d'ordre sexuel (art. 187 CP), la pornographie (art. 197 CP), l'inceste (art. 213 CP), la violation du devoir d'assistance ou d'éducation (art. 219 CP). D'autres infractions sont uniquement poursuivies sur plainte de la victime, de sa ou son représentant·e légal·e ou de sa curatrice ou son curateur de représentation.

LES MODALITÉS DE TRAVAIL DE L'ASSISTANT·E SOCIAL·E DE PROTECTION DES MINEUR·E·S

L'assistant·e social·e de protection des mineurs (ci-après l'ASPM) va travailler sur deux axes: l'évaluation de la mise en danger de l'enfant et la remédiation de celui-ci et la réhabilitation des compétences parentales.

Nous avons évoqué précédemment le cadre légal de l'évaluation de la mise en danger de l'enfant dans lequel le travail concret et fin de l'ASPM va s'inscrire. Nous rappelons que l'évaluation a pour but de «confronter un ensemble d'informations et un ensemble de critères en vue de prendre une décision»^b. La finalité de cette évaluation est d'apprécier la mise en danger de l'enfant, la capacité des parents d'en prendre conscience et d'y remédier, d'activer une dynamique de changement en proposant des modalités différentes de prise en charge de l'enfant par les parents, d'optimiser l'intervention afin de pouvoir laisser la famille évoluer seule.

Le SPJ a développé des outils en vue d'appuyer le travail d'analyse et d'appréciation de l'assistant-e social-e sous la houlette de sa hiérarchie.

Outre ses connaissances théoriques acquises lors de sa formation, son expérience professionnelle, l'ASPM doit se référer aux directives, procédures et instructions du Système de direction et d'organisation (SDO) élaboré par le Service. Ainsi son action s'inscrit dans un cadre défini et précis visant à harmoniser les décisions prises par les ASPM des quatre offices régionaux sous la responsabilité de leur hiérarchie. Il permet aussi de quantifier les actions entreprises, d'évaluer leur pertinence, la nécessité d'engager d'autres mesures adaptées à l'évolution des situations familiales par exemple.

Dans le cadre d'une réflexion au sujet des principes de l'évaluation, le Service a développé un référentiel d'évaluation fondé sur les travaux de Francis Alföldi et sur le *Guide d'évaluation des compétences parentales* du Centre de jeunesse de Montréal. Ce guide sert à orienter et argumenter l'appréciation et l'évaluation que l'assistant-e social-e doit effectuer lors d'un signalement, en début d'action socioéducative ou lors d'un mandat d'enquête.

Ce référentiel d'évaluation est fondé sur treize critères couvrant quatre domaines à investiguer:

1. Le contexte familial
2. Les parents
3. L'enfant
4. Le service intervenant

b. De Ketele et Rogiers (1996), p. 42.

Chaque critère s'inscrit sur trois niveaux:

1. L'enfant hors de danger
2. L'enfant en risque
3. L'enfant maltraité

Deux seuils de gravité sont délimités:

1. Le seuil de risque
2. Le seuil de maltraitance

En croisant les différents critères et niveaux, cela permet à l'assistant· social·e d'avoir une vue d'ensemble de la situation familiale, de définir avec le plus de précision possible le risque encouru par l'enfant.

Ce référentiel constitue une base pour l'élaboration de rapports aux autorités judiciaires. Il est accompagné d'une analyse des ressources et des difficultés des parents et des enfants, croisée avec une transcription exacte des faits permettant l'affirmation de dites ressources et difficultés.

UN MODÈLE D'INTERVENTION RÉGULATEUR

Le modèle d'intervention appliqué par le Service de protection de la jeunesse du canton de Vaud est défini par le cadre légal présenté ci-dessus, ainsi que par un ensemble de directives internes et de principes méthodologiques, forgés au cours des années et revisités régulièrement selon l'évolution de la société. Ce modèle découle d'un mode occidental, suisse, romand et vaudois de gérer les problèmes de mauvais traitements envers les enfants. En cela, il obéit aux diverses logiques institutionnelles et aux différentes cultures organisationnelles qui nous gouvernent et est fondé sur nos valeurs occidentales: primauté de l'individu sur le collectif, respect des droits de l'enfant, émancipation des femmes, égalité des sexes, disparition de l'autorité paternelle, partage de l'autorité parentale et culture de la négociation et du consensus. C'est un modèle réparateur, qui consiste à adapter le comportement des familles et des enfants à ce qui est jugé acceptable et souhaitable dans notre société. Il tend à modifier le système de valeurs familiales dans la

mesure où ce système est jugé nuisible et a permis l'émergence de mauvais traitements envers les enfants.

La mission de l'intervenant-e social-e, émissaire du SPJ, est clairement définie dans la loi; selon la LProMin, il s'agit de « garantir la protection et l'aide aux mineurs en danger dans leur développement, en favorisant l'autonomie et la responsabilité des familles ». Il existe cependant une hiérarchisation des valeurs, plaçant la protection de l'enfant au-dessus de tout et notamment de la réhabilitation des compétences familiales, si, comme cela peut arriver, les parents montrent peu, voire pas, de dispositions à modifier leurs habitudes éducatives ou à réformer leur style de vie pour le rendre plus ou moins conforme aux normes en vigueur dans ce pays. Dès lors, il peut s'ensuivre des ruptures temporaires ou de longue durée entre les enfants et leurs parents pour assainir ou rééquilibrer un système. Des situations de ce type se trouvent dans toutes les catégories de la population, nationale ou d'origine étrangère. À quelques exceptions près, les familles progressent généralement suffisamment pour être libérées de la supervision du SPJ après quelques années de suivi socioéducatif. Parfois l'intervention est de courte durée et ciblée sur un ou deux aspects dysfonctionnant dans le système familial.

LA PRISE EN COMPTE DE LA SPÉCIFICITÉ INTERCULTURELLE

De nombreux signalements parviennent au SPJ; parmi eux, un certain nombre concernent des enfants nés au sein de familles migrantes. Les raisons de signaler sont multiples; difficultés éducatives, négligence, problèmes d'adolescence, conflits parentaux, maltraitance physique ou psychologique, précarité financière. Les enfants signalés sont les témoins à l'extérieur de leurs familles, de failles dans le parentage.

Notre propos est ici de voir quelles sont les éventuelles spécificités des prises en charge au sein de ces familles et à quelles difficultés pratiques l'évaluateur ou l'évaluatrice est confronté-e pour remplir la mission de protection de l'enfant que lui assigne la loi.

Il n'existe pas, internes au SPJ, de directives particulières concernant les familles issues de la migration; la migration est considérée comme un facteur de risque, certes important, mais généralement associé à d'autres facteurs de fragilisation, comme la précarité financière, la monoparentalité, le chômage, les troubles psychiques ou les dépendances, etc. La « boîte à outils » des ASPM du SPJ ne comporte pas de méthodologie spécifique, applicable aux familles migrantes.

Les stratégies d'intervention sont déterminées par le cadre légal et l'analyse de situation fondée sur les principes psychodynamiques et systémiques qui constituent le cadre de référence théorique du service (voir en encadré le référentiel d'évaluation). Cette position institutionnelle, découlant du principe d'égalité de traitement entre tous les enfants pris en charge, est logique. Cependant, l'intervention en milieu interculturel défavorisé entraîne souvent le sentiment, pour les travailleuses sociales ou les travailleurs sociaux, d'être démunis face à des personnes qui ne fonctionnent pas selon nos propres codes, soit qu'elles ne les possèdent pas, soit qu'elles s'y refusent, au nom de valeurs originelles de leur propre système social. De cette tension entre ce qui serait souhaitable pour un enfant pour se développer et les limitations, sociales, financières, intellectuelles... et culturelles des familles résultent des approches pragmatiques, faisant appel au bon sens, mais avec des prises de risque réfléchies et des garanties de minima de sécurité physique et affective pour l'enfant.

LES BIAIS INÉVITABLES DE L'ÉVALUATION EN CONTEXTE INTERCULTUREL

L'évaluation de la maltraitance en contexte interculturel met en lumière la question des référentiels implicites, avec lesquels chaque intervenant-e social-e travaille, de manière plus ou moins consciente. Francis Alföldi a dénombré pas moins de treize référents¹, influant, de manière souvent inconsciente, sur les choix de la travailleuse ou du travailleur social-e. Il met en avant la dimension politique contenue dans l'évaluation des familles migrantes.

Selon ce chercheur et praticien français de l'évaluation en protection de l'enfance, les difficultés de procéder à l'évaluation d'un signalement de maltraitance dans les familles migrantes sont considérablement accrues du fait que les référents socioculturels des évaluatrices ou évaluateurs et des évalué-e-s s'affrontent inévitablement. Les professionnels vont convoquer leurs propres représentations sociales, qui ne prendront éventuellement pas compte de la réalité vécue par les familles. Le risque est alors, pour les professionnel-le-s, de produire des jugements de valeur implicites, fondant leurs décisions et biaisant l'objectivité de l'évaluation².

1. Familialiste, religieux, politique, disciplinaire, socioculturel, de désirabilité sociale, corporatiste, institutionnel, de l'habitus, de genre, d'état de santé, expérimentiel, archaïque.

2. Alföldi, 1999.

Bien qu'avec l'arrivée de jeunes collègues, *secundos*, issus de la migration, une certaine diversité ethnique et religieuse s'installe dans les équipes. D'une manière générale, les ASPM du SPJ présentent une grande homogénéité du point de vue ethnique (de race blanche), social (en grande partie issu-e-s des classes moyennes), religieux (majoritairement de religion ou d'origine chrétienne) et éducatif (formé-e-s pour la plupart par les institutions publiques vaudoises/suisses romandes). Cette homogénéité facilite l'adhésion à la logique institutionnelle, mais offre moins de chances au développement de processus de décentration culturelle et à la conscientisation de réactions ethno-centrées.

Margalit Cohen-Emerique, précurseure de la prise en compte de la dimension interculturelle dans le travail social souligne, quant à elle, les pièges de la stigmatisation de ces familles

L'évaluation de la maltraitance (...) sera d'autant plus difficile avec les populations migrantes maintenant une éducation de l'enfant très traditionnelle, tout en vivant des bouleversements liés à l'acculturation. C'est pourquoi les amalgamer aux catégories de familles « fragilisées ou déficientes » sans les différencier donne une vue très biaisée des problèmes qui leur sont propres puisque liés à trois catégories de facteurs: la différence culturelle, les processus d'acculturation, l'appartenance à des catégories sociales défavorisées.³

LA POSTURE DE L'ASSISTANT·E SOCIAL·E EN PROTECTION DES MINEURS

La posture de l'intervenant social du SPJ en relation avec les familles migrantes va différer en ce que les ressources mobilisées vont être spécifiques: recours à des interprètes communautaires, collaboration avec des centres sociaux et juridiques spécialisés dans la migration, etc. Mais les principes de base sont les mêmes que pour n'importe quelle famille: priorité à la protection de l'enfant sur la dynamique de la famille – action SPJ fondée sur « l'intérêt supérieur » de l'enfant – primauté de la loi suisse sur les coutumes et les lois des pays de provenance – respect des valeurs de la famille autant que le permettent les logiques institutionnelles, administratives, politiques et juridiques auxquelles le SPJ est

3. Cohen-Emerique, 2011, p. 244.

soumis – respect des différences culturelles dans la mesure où elles n'empêchent pas les impératifs d'adaptation sociale et pour autant que ces différences ne soient pas un frein aux exigences des divers partenaires sociaux et institutionnels (domaine scolaire, médical, aide sociale) et où elles ne sont pas contraires aux valeurs de notre société (émancipation des filles et des femmes, égalité des sexes, non-violence, etc.)

Cela étant, l'intervenant-e social-e du SPJ se heurte à des difficultés très spécifiques avec ce type de famille : problèmes de communication (le dialogue doit passer par un-e traducteur ou traductrice, nonaccès aux représentations de la langue parlée par la famille et nonaccès des familles à nos représentations, impossibilité de décoder les attitudes et le langage non verbal de chacun-e) risque accru de disqualification parentale et interprétation des contre-attitudes défensives des parents en termes négatifs. L'ASPM est guetté-e en permanence par le sentiment d'impuissance et de découragement devant l'échec de ses stratégies d'action.

Du côté des familles, la découverte du « pouvoir » des autorités suisses sur leur(s) enfant(s) et l'intrusion d'étrangers dans leur sphère familiale est source d'incompréhension, voire d'opposition.

L'enfant migrant est protégé et exposé ; sujet de prévention des institutions psycho-médico-sociales, il devient, dès lors qu'il montre des problèmes de comportement ou d'apprentissage « la porte royale d'entrée pour un contrôle de la famille »⁴.

Deux exemples de situations vont nous aider à comprendre la négociation délicate que chaque prise en charge requiert (les interventions auprès de familles migrantes plus encore, du fait de valeurs alternatives et d'histoires de vie souvent traumatisantes) entre les cadres légaux et institutionnels de l'action du SPJ et la recherche d'une cohérence et d'un sens pour la famille concernée et l'ASPM lui ou elle-même.

DIALOGUE DIFFICILE ET RECHERCHE DE SOLUTIONS ADAPTÉES

Ali⁵ a 12 ans et il est diabétique, son frère Selim en a 9 et il peine à entrer dans les apprentissages scolaires. Leurs parents sont arrivés de Tunisie il y a quelques années. Le SPJ reçoit un signalement de l'école, car malgré plusieurs avertissements des intervenant-e-s scolaires, qui

4. Beday-Hauser et Bolzmann, 1997.

5. Prénoms d'emprunt.

ont « dit la loi », les enfants continuent à se plaindre des coups de pied et de spatule que leur inflige leur père lorsqu'ils ramènent de mauvaises notes ou font des erreurs dans leurs devoirs. Le contact avec la famille est difficile de prime abord ; les parents ont le sentiment de faire tout ce qu'ils peuvent pour leurs enfants. Ils ont compris qu'il fallait que ceux-ci réussissent à l'école pour s'insérer dans cette société. Le père refuse d'abandonner ses méthodes éducatives, liées à sa propre expérience. Un travail de conscientisation s'engage alors entre l'assistante sociale, l'infirmière scolaire et les parents en vue de partager le constat et poser un diagnostic commun. Dans un premier temps, ils assurent ne plus taper, mais se déclarent alors démunis face à leur fils aîné qui teste le cadre et a bien compris que l'usage de méthodes fortes était interdit à ses parents. Pour autant, ceux-ci refusent une aide éducative à domicile, ressentant cela comme une intrusion étrangère intolérable et non justifiée. Après quelques mois, ils acceptent finalement une aide éducative, à condition, dit le père, que ce soit une dame qui vienne chez eux. La loi vaudoise, cependant, oblige le SPJ à dénoncer pénalement les voies de fait à répétées reprises. Le SPJ dénonce, mais suggère au Ministère public de ne pas donner de suite pénale, eu égard aux efforts d'adaptation consentis et à l'acceptation de l'aide éducative.

Dans cette situation, l'intervention du SPJ a eu comme premier objectif de faire cesser les mauvais traitements ; une fois cela acquis auprès des parents, il a été possible d'envisager un processus d'aide éducative, d'ailleurs à la demande même des parents, dont la motivation aurait été mise à mal par une dénonciation pénale, si elle avait été menée à terme. Bien que la marge d'appréciation de la direction du SPJ soit relativement étroite à propos des infractions qui doivent être dénoncées, elle existe néanmoins. La décision demeure toutefois du ressort du Ministère public.

Leila a 15 ans et sa sœur aînée, Nada, 16 ans ; elles sont d'origine afghane et sont arrivées en Suisse il y a trois ans, après un parcours migratoire traumatisant. La première est signalée par l'école pour absentéisme massif, parfois plus de dix jours, sans aucune justification des parents, qui ne se présentent pas aux convocations. La seconde viendra spontanément, quelques mois après, demander de l'aide au SPJ, après s'être vue signalée par son établissement scolaire. Chargé de faire une appréciation de la situation, l'assistant social n'arrive pas à entrer en contact avec les parents. La mère ne comprend pas ce qu'on veut d'elle au téléphone. Après plusieurs

tentatives, le contact s'établit par l'intermédiaire d'une traductrice et de la sœur aînée. Il arrive à Leila de fuguer des semaines entières; elle part dans divers endroits de Suisse et y rencontre des « amis » aux activités peu claires. Elle se met objectivement en danger lors de ces escapades, qui ne sont jamais annoncées à la police par les parents. Les jeunes filles ne peuvent compter sur eux pour tracer leur voie en Suisse; le père n'apparaît jamais, quant à la mère, elle dit devoir s'occuper des filles seule, ce qui représente une charge trop lourde pour elle.

Lors des contacts ultérieurs avec la sœur aînée, l'assistant social prend connaissance du parcours migratoire des filles: fuite en Iran, puis, disparition de la mère durant trois ans, au cours desquels la sœur aînée, âgée de 8 ans, tiendra le ménage pour son père, sa sœur et deux frères plus jeunes. Les deux sœurs sont ensuite placées en foyer en Iran, où elles seront maltraitées du fait de leur origine. Elles fuient ensuite avec leur mère, réapparue, alors que les deux frères sont laissés en Iran par le père, qui s'est réfugié en Suisse. L'abandon des frères plonge la mère en dépression. Après un voyage harassant, la plupart du temps à pied et souvent sans nourriture, elles arrivent en Suisse pour rejoindre le père. Celui-ci est, depuis, totalement passif et ne soutient en rien l'éducation de ses filles, qui partent à la dérive à l'adolescence. Dans un tel cas de figure, la mesure de protection proposée est habituellement le placement, compte tenu de l'absence de cadre éducatif, des mises en danger répétées et diverses de chacune des filles et de leur difficulté à s'insérer dans un processus de formation et d'intégration.

L'idée du placement est totalement rejetée par les filles; elles démentent aussi subir de la violence à la maison, pourtant apparue en filigrane. La difficulté d'établir une relation suffisante avec les parents rend très compliquée la coconstruction de bases pour un travail socioéducatif dans cette famille. Épuisés et dépressifs, les parents ne peuvent mettre de l'énergie dans un processus d'intégration. Peu à peu, la mère a malgré tout pris conscience de la gravité de la situation. Le SPJ décide d'accompagner cette famille à son rythme et de procurer aux filles un appui, éducatif, psychologique et médical ambulatoire, sans toutefois remettre en question, pour le moment, leur maintien dans leur famille, ce qui serait trop menaçant pour elles.

Dans ce second exemple, le SPJ s'est trouvé confronté à une mise en danger suffisamment importante des jeunes filles pour envisager

sérieusement, dans un premier temps, un placement de protection hors de la famille, puisque les parents, totalement dépassés et repliés sur eux-mêmes, n'arrivaient plus à protéger leurs filles. Cependant, l'amendement, peut-être partiel de la sœur la plus démonstrative, la connaissance de leur histoire de vie et particulièrement du traumatisme vécu en foyer en Iran, ainsi que la conscientisation de la mère, début d'un processus de remise en place d'un cadre éducatif suffisamment contenant, a fait changer l'orientation de prise en charge. Un mandat judiciaire de protection a toutefois été demandé à l'Autorité de protection, afin de pouvoir suivre cette famille de près.

AMÉLIORER NOS PRATIQUES

Il importe de ne pas diaboliser des parents qui appliquent des modèles appris dans leur culture d'origine ou n'ont pas été en mesure de développer des ressources suffisantes pour encadrer leurs enfants. Il serait également incohérent, illégal, contre-productif et non protecteur de les excuser au nom de valeurs culturelles différentes. Les parents migrants ont tendance à amener l'intervenant-e social-e sur le terrain (piégeant) du respect de leurs valeurs, plaçant celle ou celui-ci dans une position inconfortable d'autoritarisme culturel, lorsqu'il ou elle fait part d'exigences en adéquation avec les pratiques de protection de l'enfance dans notre pays ou les directives de son institution.

La seule position tenable semble dès lors être la recherche de processus de négociation, qui implique l'aménagement d'un espace transitionnel entre la culture d'origine des parents et la culture de la société d'accueil. Dans cette négociation, la famille doit accepter la perte de certains procédés de gestion des enfants pour se conformer aux cadres légaux en vigueur. L'intervenant-e essaiera d'éviter des attitudes projectives et normatives, dont elle ou il n'est souvent pas conscient-e. L'important, pour les deux côtés, est que les mesures prises fassent sens et qu'il puisse en résulter des bénéfices immédiats pour les enfants en matière de protection, de soins, de développement de leurs capacités d'apprentissage. Il faut aussi mentionner les bénéfices à plus long terme pour les parents, en termes de réduction des conflits avec les institutions suisses, d'une meilleure connaissance des codes locaux, ainsi que d'une progression de leur processus d'intégration.

Cet exercice demande par ailleurs que les directions des institutions en reconnaissent le bien-fondé et mettent à la disposition des intervenant-e-s de terrain, des moyens de formation et des espaces pour construire une «compétence interculturelle» qui n'est ni forcément dans la formation, ni identifiée clairement dans la «boîte noire» institutionnelle. Il convient ainsi de s'adapter aux changements de notre société multiculturelle tout en respectant notre mission de protection.

Si les intervenant-e-s du SPJ sont de plus en plus conscient-e-s de ces paramètres de prise en charge et de plus en plus différenciés dans leurs évaluations, utilisant, comme nous l'avons vu, les marges de manœuvre à leur disposition dans le cadre institutionnel, la direction du service doit maintenant clairement se positionner sur les valeurs de protection de l'enfant en regard du statut des familles concernées. En effet, de nombreuses familles, déboutées de l'asile et en voie de renvoi, sont signalées, en particulier pour des problèmes de grande précarité financière et d'autres problèmes psychiques des parents et des enfants, révélés, voire causés, par l'incertitude de l'avenir et l'angoisse permanente du renvoi. Les problèmes ayant une cause structurelle, le SPJ ne peut, par sa seule action, améliorer suffisamment la condition des enfants et satisfaire tous leurs besoins. Par ailleurs, répondre à certaines nécessités en favorisant la socialisation, par exemple, de ces enfants est un paramètre d'intégration contraire aux impératifs administratifs de renvoi. Pourtant, il importerait de placer le développement de ces enfants au-dessus des considérations politicoadministratives. Le débat est bien présent et il va probablement aller en s'intensifiant.

En conclusion, l'interpénétration culturelle des sociétés développées amène les services chargés de la protection de l'enfant à adapter l'intervention et l'accompagnement au contexte pour permettre d'atteindre l'objectif qui leur est assigné de protéger le développement de l'enfant. Nous croyons, comme la chercheuse Margalit Cohen-Emerique, qu'il est essentiel que les services de protection de l'enfance recherchent avant tout le dialogue avec les familles migrantes en accueillant aussi leur point de vue et évitent, autant que la marge de manœuvre légale et institutionnelle et le principe de protection le leur permettent, de forcer les familles à des pratiques normatives et assimilatrices, imposées par la société d'accueil, sous couvert de protection de l'enfance.

BIBLIOGRAPHIE

ALFÖLDI, Francis (1999), *L'évaluation en protection de l'enfance*, Paris: Dunod.

ALFÖLDI, Francis (2015), *Évaluer en protection de l'enfance*, Paris: Dunod.

BEDAY-HAUSER, Pierrette et BOLZMANN, Claudio (1997), *On est né quelque part, mais on peut vivre ailleurs. Familles, migrations, cultures et travail social*, Genève: ies.

COHEN-EMERIQUE, Margalit (2011), *Pour une approche interculturelle du travail social*, Presses École des hautes études en santé publique.

DE KETELE, Jean-Marie, ROGIERS, Xavier (1996), *Méthodologie du recueil d'information*, Bruxelles/Paris: De Boeck Université.

ABORDER LES MAUVAIS TRAITEMENTS AVEC LES FAMILLES ISSUES DE LA MIGRATION: LE REGARD DU PÉDIATRE

SARAH DEPALLENS

La maltraitance familiale a des répercussions importantes tant sur la santé des enfants à l'échelle individuelle que sur la santé publique dans un contexte plus global et sociétal. En parallèle à l'école ou aux autorités de police, les professionnels de la santé sont des acteurs importants dans la détection des mauvais traitements.

Ce chapitre a pour objectif de présenter les questions que doit se poser le ou la professionnel·le lorsque la suspicion d'une maltraitance intrafamiliale est abordée avec des familles issues de la migration. L'évaluation de ces situations requiert des compétences spécifiques pour pouvoir identifier la maltraitance puis orienter ces familles en difficulté vers une prise en charge cohérente. Mais comment parler de maltraitance familiale avec une famille, sans juger, exclure ou se tromper sur l'Autre? Quel risque d'en faire trop ou pas assez? Comment trouver un point de vue commun centré sur les besoins de l'enfant dans un contexte culturel différent? Après une première partie théorique, trois vignettes cliniques permettent de discuter ces problématiques et donnent des clés de compréhension afin d'évaluer les multiples facettes de la maltraitance et d'accompagner ces familles à plus grande vulnérabilité vers des structures médico-socio-éducatives adaptées.

Les professionnels en contact avec les enfants ont un rôle déterminant dans la détection des familles dysfonctionnelles qui peuvent être maltraitantes avec leur enfant ou leur adolescent. En évaluant le développement de l'enfant et le contexte dans lequel il grandit, le pédiatre ou le médecin de famille se trouve en première ligne pour détecter des mauvais traitements. En effet, le dépistage de la maltraitance repose en grande partie sur la pratique des bilans de santé chez le médecin de premier recours. Le médecin peut suivre

l'enfant dès ses premiers mois, évaluer la situation biopsychosociale de la famille et s'assurer de son bon développement. Une frange plus vulnérable de la population fréquente également les urgences qui est un lieu de soin où les enfants exposés à de la violence peuvent être amenés à consulter. Les traumatismes accidentels ou infligés sont aussi fréquemment vus dans le cadre des urgences. Autant le cabinet du médecin installé que les urgences sont donc des lieux importants pour détecter des violences intrafamiliales.

La définition de la maltraitance est vaste et inclut la notion d'enfant en danger ou à risque de mauvais traitements. La détection précoce est essentielle afin de reconnaître et de pouvoir remédier à la violence infligée, qui est inscrite la plupart du temps dans un cycle de violence qui se répète. En raison de la prévalence élevée de maltraitance infantile chez la population autochtone comme chez les personnes issues de la migration, la formation des professionnel·le·s de la santé au dépistage des facteurs de risque et aux symptômes et signes suspects de maltraitance est primordiale. La non-détection d'une situation de violence ou de négligence met l'enfant à risque d'être maintenu dans un environnement maltraitant, ce qui peut avoir pour conséquence de nuire à son développement et à sa santé, voire même de mettre sa vie en danger.

ÉVALUER LES FACTEURS DE RISQUE LIÉS À LA MALTRAITANCE

Les déterminants sociaux ont un impact majeur sur la santé des familles et le développement de l'enfant. Une famille migrante récemment arrivée en Suisse peut se trouver dans une situation de vulnérabilité qui aura un impact délétère sur la santé physique ou psychologique des parents et des enfants. Lors d'un bilan de santé, la situation psychosociale et les antécédents de la famille sont appréciés par le professionnel de soins. C'est durant l'anamnèse que l'exploration des facteurs de risque liés à la maltraitance sera effectuée.

La maltraitance infantile a de multiples causes. La migration n'est en soit pas un facteur de risque, mais les conditions de vie parfois très précaires auxquelles sont confrontées les familles récemment arrivées dans le pays, qu'on aimerait nommer pays d'accueil, peuvent contribuer à un stress parental et tantôt à un dysfonctionnement familial. Une famille issue de la migration retiendra l'attention du ou de la professionnel·le qui effectuera

une anamnèse psychosociale élargie en repérant les besoins de la famille ainsi que d'éventuelles vulnérabilités économiques, administratives ou relationnelles.

Dans un contexte migratoire, le professionnel explore et évalue :

- Le statut socioéconomique de la famille. Celui-ci a un impact sur la santé de chaque membre, sur son accès aux soins ainsi que sur l'accès au soutien scolaire et aux activités parascolaires de l'enfant ou de l'adolescent.

- La sécurité administrative de la famille (permis de séjour transitoire, risque de renvoi, statut illégal). Le statut administratif donne des informations sur l'état de stress psychologique et d'insécurité dans lequel évolue l'enfant ou l'adolescent.

- L'existence d'une éventuelle pathologie psychiatrique dans la famille. Dans un contexte migratoire, elle peut être liée à des antécédents de traumatismes, deuils, séparations ou violences, que ce soit dans le pays d'origine, sur le trajet de la migration ou dans le pays d'accueil.

- Les croyances, valeurs ou connaissances des parents concernant la santé de l'enfant, ses besoins ou les pratiques éducatives contribuant à son bon développement.

- Les ressources familiales ou communautaires.

- La dynamique familiale et les éventuels conflits, difficultés ou violences pouvant exister au sein de la famille ou dans la communauté.

La vulnérabilité psychique des parents migrants est souvent liée à des événements traumatiques vécus dans leur pays d'origine, durant le trajet migratoire ou dans le pays d'accueil. L'évaluation des facteurs de risque doit être effectuée avec beaucoup de prudence lorsqu'il s'agit de familles ayant vécu de multiples faits traumatiques en lien avec leur migration. La ou le professionnel-le sera attentif-ve à ne pas investiguer activement le passé lié à des événements violents vécus par les familles pour ne pas réactiver un stress traumatique qui pourrait les fragiliser. Le médecin doit en revanche bien évaluer les conditions de vie actuelles de la famille afin de mieux comprendre ses besoins. Ces vulnérabilités psychosociales peuvent conduire les parents à souffrir d'anxiété, de troubles dépressifs, de stress post-traumatique ou d'une altération du lien parent-enfant, facteurs qui ont un impact sur le bon développement de leur enfant ou de leur adolescent.

LES COMPÉTENCES RELATIONNELLES ET TRANSCULTURELLES

LORS DE LA CONSULTATION

«Le métier de médecin comporte un défi relationnel tout aussi important que le défi scientifique», disait le D^r Marco Vanotti¹. La communication avec le jeune patient et sa famille est un enjeu crucial pour les professionnels de la santé. Elle est d'autant plus importante lorsqu'il s'agit d'aborder des questions liées à la dynamique familiale, la violence infligée à un enfant par un tiers ou des démarches médico-légales nécessaires à la prise en charge d'une maltraitance établie. Ces situations de maltraitance s'accompagnent de lourdes charges émotionnelles lors des consultations. Il est donc important qu'il puisse reconnaître les émotions ressenties lors d'un entretien afin de pouvoir tendre vers une attitude «de non-jugement» dans son travail avec les familles et centrer son discours sur les actes de violence observés et non sur la personne suspectée de ces actes.

La communication avec les familles issues de la migration et auteures de maltraitance représente une difficulté relationnelle supplémentaire pour le ou la soignant-e qui doit aborder la question des mauvais traitements. L'entretien peut être un défi en raison des différences culturelles et linguistiques, mais aussi des difficultés propres à la migration. Les compétences transculturelles définissent un ensemble d'attitudes, de connaissances et de savoir-faire permettant d'améliorer la communication avec les familles d'origine étrangère dans le but de travailler avec elles autant dans l'évaluation que dans le suivi médico-social des enfants. Elles permettent d'améliorer l'adhérence thérapeutique des patients d'origines socioculturelles et linguistiques diverses.

Chez une famille migrante, lorsqu'un sujet aussi complexe et délicat qu'une suspicion de maltraitance est abordé par le ou la soignant-e, une approche transculturelle est une compétence clinique indispensable autant pour effectuer une anamnèse fiable et complète que pour expliquer la prise en charge médicale, psychologique ou juridique de la famille.

Lorsqu'il y a une barrière liée à la langue, un-e interprète communautaire est sollicité-e pour mener à bien l'entretien avec les parents. Faire appel à un-e interprète est précieux, non seulement quand une traduction est nécessaire, mais aussi pour mieux

1. Vanotti, 2006.

comprendre la culture de la famille, expliquer le sens de la consultation et nommer les émotions que peut susciter la problématique.

La communication non verbale fait aussi partie du registre émotionnel d'une personne, que ce soit pour le ou la soignant-e ou pour la famille. Rester attentif aux émotions, gestes et posture des parents permet d'améliorer la communication et de créer un lien de confiance avec la famille lors de l'entretien. L'interprétation de cette communication non verbale nécessite bien entendu également un regard transculturel, les expressions émotionnelles autant que certains codes culturels (par exemple serrer la main, sourire dans des situations difficiles, soutenir le regard, etc.) pouvant être source de malentendus entre personnes de cultures différentes.

La pratique de la médecine auprès de parents dont on soupçonne une maltraitance intrafamiliale renvoie toujours le ou la soignant-e à sa représentation d'une dynamique familiale violente. Il ou elle doit composer avec son propre vécu et ses valeurs qui peuvent influencer ses compétences relationnelles avec une famille.

PARENTALITÉS, CULTURES ET ÉDUCTIONS

La consultation avec des familles migrantes donne la possibilité au soignant de s'intéresser à leur parentalité et leur style éducatif. Il est important d'éclaircir le fonctionnement familial et la place que tient chaque membre dans la famille. Les ressources éducatives doivent aussi être explorées afin notamment de pouvoir nommer et reconnaître ce qui fonctionne bien dans la famille.

La parentalité est un comportement universel, mais qui varie beaucoup en fonction des cultures. Dans certaines d'entre elles, l'enfant n'est pas considéré comme un individu à part entière. La parole de l'enfant a peu de valeurs et celui-ci doit faire des efforts importants pour exister au regard de ses parents. Les parents ne parlent généralement pas beaucoup à leur nourrisson estimé comme peu intéressé à communiquer, voire incapable de comprendre le langage des adultes.

La parentalité peut être évaluée par le ou la professionnel·le à travers différentes facettes :

- Le vécu subjectif des parents concernant leur rôle (impression par exemple de tout faire pour leurs enfants, de les aimer plus que tout, de se sacrifier pour leur offrir une bonne éducation) ;

- L'exercice de la parentalité dans le devoir des parents de répondre aux besoins de base de l'enfant ou de l'adolescent (alimentation, sommeil, argent, sentiment de sécurité, etc.) ;

- La mise en pratique qui peut devenir défaillante lorsqu'une dynamique violente existe dans le couple ou dans la famille et que les parents oublient leurs devoirs, deviennent négligents ou maltraitants avec leurs enfants ou leurs adolescent-e-s.

Lors de l'exploration de la parentalité dans une famille issue de la migration, il faut bien évidemment tenir compte des différences de culture, mais aussi de la présence fréquente d'un réajustement forcé des rôles familiaux. Une intégration plus rapide des enfants, des aptitudes plus précoces dans la langue d'accueil, couplés à l'isolement social de certaines familles et l'absence d'encadrement de la part de parents qui travaillent, créent souvent des comportements d'autonomisation précoce des enfants. L'enfant scolarisé peut être par exemple sollicité pour traduire des entretiens médico-sociaux, des courriers administratifs ou même des informations en lien avec sa propre scolarité. Cette responsabilisation précoce, bien que parfois gratifiante pour l'enfant ou l'adolescent-e, peut-être une charge mentale qui nuit à son bon développement. Cette disparité de compétences entre l'enfant et ses parents a pour autre conséquence de mettre à mal la dynamique familiale. Fréquemment à l'adolescence, il est observé une inversion de l'autorité avec un-e adolescent-e qui volontairement ou involontairement prend le pouvoir sur ses parents qui n'arrivent plus à instaurer un cadre sécurisant, une autorité protectrice.

Lorsque les parents sont en grande souffrance psychique, sociale ou médicale, l'enfant peut présenter des symptômes de parentification : il peut devenir soit soignant en protégeant son parent fragile, soit source de problèmes afin d'attirer l'attention et chercher de l'aide à l'extérieur du cercle familial dysfonctionnel, soit « parfait », invisible, asymptomatique, pour ne pas causer de soucis supplémentaires à ses parents. Cette parentification peut empêcher l'enfant ou l'adolescent-e d'effectuer ses tâches développementales. Elle peut aussi créer des troubles anxieux lorsque l'enfant ou l'adolescent-e a l'impression que la vie et le bonheur de ses parents ne reposent que sur lui.

Dans l'évaluation d'une suspicion de maltraitance, le ou la professionnel-le doit reconnaître les aptitudes et les fragilités parentales. Il est par ailleurs souvent intéressant d'explorer avec les parents le

type d'éducation reçue durant leur enfance ainsi que la part de leurs cultures et de leurs traditions qu'ils désirent transmettre comme valeurs à leurs propres enfants. Le pédiatre explique aux parents les besoins élémentaires de leur enfant ou de leur adolescent-e et les stades de développement permettant d'attendre d'eux des compétences réalistes en lien avec leur âge. Il insistera sur l'importance de la construction de l'estime de soi pour s'intégrer socialement et permettre d'obtenir des résultats scolaires satisfaisants.

Lorsque le ou la professionnel-le aborde les modèles éducatifs avec des parents (modèles autoritaires, soutenant ou négligent), il ou elle doit nommer l'existence des différentes définitions légales et culturelles de la maltraitance infantile. Tout en respectant les repères souvent transgénérationnels des parents concernant l'éducation de l'enfant, le ou la pédiatre doit pouvoir redonner aux parents leur capacité d'éduquer sans maltraiter.

L'ÉVALUATION DES CAS SUSPECTS DE MALTRAITANCE OU DE NÉGLIGENCE

Durant les premières années de vie de l'enfant, le ou la pédiatre évalue régulièrement son développement harmonieux ou pathologique. En contact avec des familles issues de la migration, il ou elle doit reconnaître l'importance de la culture et du contexte social dans le comportement et le développement de l'enfant. Son rôle, garant de la santé de l'enfant, est clairement identifié par les parents. Il ou elle est le ou la seul-e professionnel-le à pouvoir effectuer un examen physique et une anamnèse détaillée du contexte dans lequel évolue le ou la mineur-e. Cet examen clinique permet de déceler des signes de violence physique ou de négligence (traumatismes répétés, malnutrition, caries...). Le ou la professionnel-le doit être formé-e à la clinique de la maltraitance en connaissant, par exemple, les signes suspects ou pathognomoniques d'une lésion infligée par un tiers. Lors d'un examen anormal, le médecin doit pouvoir effectuer un diagnostic différentiel qui inclut, selon son évaluation, la suspicion d'une maltraitance.

La mise en danger de l'enfant ou de l'adolescent-e est évaluée systématiquement dans les situations suspectes de maltraitance. Elle oblige parfois à hospitaliser le jeune patient pour mieux apprécier sa situation ou le mettre en sécurité. Que le danger soit immédiat ou non, l'évaluation nécessite du temps. Elle est effectuée avec l'aide d'autres personnes en contact avec la famille ou l'enfant (famille

élargie, école, assistants sociaux, garderie, médecins, psychologues, sage-femme, etc.) ou des spécialistes travaillant dans l'évaluation des situations suspectes de maltraitance (service de pédiatrie spécialisé, médecine légale, Service de protection de la jeunesse, etc.). En plus d'un examen minutieux, le ou la soignant-e procédera à une observation clinique fine des dynamiques relationnelles se jouant durant la consultation ainsi que d'une anamnèse qui tiendra compte du vécu prémigratoire, migratoire et postmigratoire.

Lors de l'évaluation, la question du développement de l'enfant fait partie de l'appréciation d'une situation suspecte de maltraitance. Le ou la pédiatre de l'enfant et parfois la crèche ou l'école seront contactés pour dépister un éventuel trouble du comportement, du développement ou une souffrance psychique qui puisse découler d'un environnement familial maltraitant.

Plusieurs études récentes ont montré qu'il existe des retards de développement ou des troubles envahissants du développement chez les enfants qui vivent dans des conditions de vie précaire, ou dans des familles souffrant de difficultés liées à une migration difficile (antécédent de traumatisme, migration subie ou forcée, deuil, séparation, insécurité administrative et financière). Le diagnostic de retard de développement doit néanmoins toujours être évoqué avec une grande prudence, les tests de QI n'étant par exemple pas adaptés à des enfants issus d'une migration récente. La question d'une maltraitance institutionnelle ou administrative doit aussi être évoquée lorsque des familles vivent en situation de précarité extrême avec des problèmes de régularisation du séjour, un logement non adapté à la famille ou un accès aux soins psychiques restreint.

Pouvoir bénéficier des compétences d'une équipe interdisciplinaire spécialisée dans les questions de maltraitance est capital lorsqu'il s'agit d'évaluer et de prendre en charge des familles dont les enfants sont exposés à la violence intrafamiliale. Dans le canton de Vaud, le CAN Team (Child Abuse and Neglect Team) est un soutien offert aux professionnels qui ont détecté une situation à risque de maltraitance. Il s'agit d'un groupe hospitalier de protection de l'enfant et de l'adolescent qui réunit en son sein l'ensemble des compétences professionnelles à disposition dans un hôpital pédiatrique: celles des pédiatres, des chirurgien-ne-s pédiatres, des gynécologues de l'enfant et de l'adolescent-e, des pédopsychiatres, des psychologues, des infirmières, des sages-femmes et des intervenant-e-s psychosociaux.

Le CAN Team est dévolu aux missions de détection, d'appréciation et d'orientation des situations suspectes de mauvais traitements. En cas de maltraitance avérée, le CAN Team est tenu d'organiser la protection de l'enfant concerné. Il évaluera et mobilisera les ressources des familles afin de les aider à remédier à la maltraitance. Ce groupe hospitalier propose aussi une permanence téléphonique à l'intention des pédiatres hospitaliers ou installés en cabinet privé ainsi que des collaborateurs-trices du Service de protection de la jeunesse.

L'évaluation d'une suspicion de mauvais traitements envers un enfant tiendra donc compte de l'environnement dans lequel l'enfant évolue, des ressources de la famille ainsi que des facteurs de risque lié à une maltraitance intrafamiliale.

ABORDER LA MALTRAITANCE AVEC LES FAMILLES ISSUES DE LA MIGRATION

Dans une consultation qui aborde la violence infligée à des enfants ou des adolescents, que ce soit avec des familles autochtones ou des familles étrangères, il est important de reconnaître les émotions négatives que le ou la soignant-e pourra éprouver au contact des parents. La reconnaissance de la souffrance des parents maltraitants est une étape essentielle pour tisser un lien empathique avec ces familles. Ce lien précieux dépendra également du climat de confiance que le soignant prendra soin d'instaurer, notamment en précisant les objectifs de l'entretien et en expliquant clairement les raisons qui ont mené au diagnostic d'enfant ou d'adolescent-e en danger dans son développement et à la suspicion de maltraitance.

En raison d'un parcours migratoire traumatique, souvent peu reconnu par les administrations fédérales, d'une compréhension incomplète des explications formulées durant la consultation ou d'une discrimination ressentie au quotidien dans leur pays d'accueil, la méfiance envers le ou la professionnel-le et le sentiment de honte ressenti par une démarche liée au dysfonctionnement familial peuvent être encore amplifiés chez les parents issus de l'immigration.

Lorsque l'évaluation conclut à la nécessité d'un signalement auprès de l'Autorité de protection de l'enfant, les procédures doivent être clairement expliquées aux parents en précisant le rôle des soignant-e-s (poser un diagnostic, prévenir la récurrence d'événements qui mettent l'enfant en danger dans son développement) qui est distinct de celui de la police ou du juge (déterminer l'auteur des

violences ou de la négligence, imposer une thérapie familiale, une aide éducative ou un placement de l'enfant).

Pour beaucoup de parents, particulièrement dans les familles issues de la migration, les conflits et les défaillances intrafamiliales ne devraient pas être discutés hors du cercle de la famille. Le ou la soignant-e doit reconnaître cette crainte des parents et systématiquement clarifier son devoir de signalement en tant que professionnel-le qui a connaissance d'un enfant en danger dans son développement. Les lois varient d'un canton à l'autre. Dans le canton de Vaud, les personnes travaillant dans la santé ont le devoir d'annoncer aux autorités compétentes les observations qui indiquent que l'enfant est en danger dans son développement. À l'hôpital, lorsque l'évaluation de la situation conclut à un manque de compétences des parents à reconnaître la maltraitance et à accepter des soins médicaux ou un soutien psychosocial, le CAN Team signale à l'autorité compétente le danger persistant pour l'enfant, conformément à la loi vaudoise de protection des mineurs (LProMin).

Dans des contextes d'insécurité administrative liés à un permis de séjour temporaire ou en attente de régularisation, le ou la soignant-e doit préciser aux parents que les démarches associées à la protection de leur enfant n'auront pas d'incidence sur leur demande de permis et qu'aucune information ne sera relayée aux services administratifs qui traitent leur demande de séjour. Cette précision est importante afin que le membre de la famille qui est responsable de la démarche de signalement (l'enfant symptomatique ou le parent qui demande de l'aide) ne soit pas rendu responsable de l'insécurité administrative qui pourrait aggraver la situation de cette famille.

QUELQUES CAS CLINIQUES...

Les trois vignettes cliniques ci-dessous ont pour objectif d'illustrer les différentes dimensions investiguées dans des situations à risque de maltraitance ou de maltraitance avérée concernant des familles issues de la migration.

Le choix est de présenter des situations qui se trouvent dans une zone grise où un signalement à l'Autorité de protection de l'enfant et l'adulte (APEA) n'a finalement pas été évalué comme nécessaire à ce stade. La responsabilité de ne pas signaler doit toujours être réévaluée en équipe afin de ne pas privilégier le lien à tout prix avec les familles, dans les situations complexes.

Le premier cas décrit le rôle du réseau pédiatrique qui se met en place déjà en prénatal, lorsque la situation médicale ou sociale permet d'anticiper les problèmes avant la naissance de l'enfant. En effet, dans les contextes à risque de maltraitance, il est précieux de pouvoir travailler de manière préventive, afin d'évaluer les compétences parentales et mettre en place si besoin un réseau opérationnel avant le bouleversement émotionnel qui accompagne les familles autour de l'accouchement.

Le deuxième cas clinique illustre les multiples enjeux d'une collaboration interdisciplinaire entre professionnel-le-s de la santé et de l'école dans une situation de souffrance intrafamiliale. Cette situation met en évidence les divergences d'appréciation entre les professionnel-le-s qui détectent une maltraitance physique et la détresse des parents face à un système scolaire incompréhensible à leurs yeux.

La dernière vignette relate la complexité de l'évaluation globale d'une famille migrante avec une jeune fille qui traverse une double crise identitaire, celle de l'adolescence couplée à celle de la migration. L'évaluation devra prendre en compte autant les demandes de l'adolescente, notamment en termes de confidentialité, que les devoirs du professionnel en charge de protéger les mineurs.

PÉRINATALITÉ: ÉTAT DÉPRESSIF, PRÉCARITÉ

OU DIFFÉRENCES CULTURELLES ?

M^{me} Diallo² est une jeune femme de 22 ans d'origine nigérienne, arrivée en Suisse il y a six mois avec un permis de séjour provisoire. Elle a séjourné en Espagne et refuse de s'exprimer sur son parcours migratoire. Enceinte de vingt-huit semaines, sa situation est présentée par l'équipe des sages-femmes de la maternité en raison d'inquiétudes des professionnelles concernant le désinvestissement de M^{me} Diallo dans sa grossesse. En effet, M^{me} Diallo n'a consulté que récemment la polyclinique d'obstétrique pour son premier contrôle de grossesse. Malgré la présence d'un interprète, elle parle très peu, paraît profondément déprimée et refuse une évaluation ou un soutien psychologique. Lorsque la gynécologue a voulu lui montrer les images de l'échographie, M^{me} Diallo a détourné la tête pour ne pas regarder l'écran ni entendre les explications du médecin, ce qui a

2. Tous les noms utilisés dans ces vignettes cliniques sont empruntés.

inquiété les professionnels qui se demandaient si cette grossesse était désirée et investie par la future maman. Selon M^{me} Diallo, le géniteur est resté en Espagne et n'a pas la possibilité de la rejoindre pour l'instant. Sur le plan social, M^{me} Diallo vit dans une petite chambre dans un centre pour requérants d'asile. Sa seule demande serait d'obtenir un appartement plus grand au centre-ville. Elle refuse les dons de mobilier ou de vêtements destinés au bébé à venir et ne veut pas parler de son futur rôle de maman. Plusieurs hypothèses planent entre les professionnel·le·s ayant été en contact avec elle. Serait-ce une grossesse issue d'un viol? De la prostitution? M^{me} Diallo est-elle en dépression? En stress post-traumatique? Insécurisée par son statut administratif ou par l'absence du géniteur? Quel risque de négligence ou maltraitance pour le bébé à venir?

Dans cette situation, il est clair que les variables culturelles ainsi que le processus migratoire récent contribuent à une vulnérabilité psychosociale pour cette future maman. En dehors de toute suspicion de passé traumatique au pays ou durant le voyage migratoire, les mamans enceintes qui présentent un statut administratif incertain sont beaucoup plus à risque de dépression post-partum ou de dépression prénatale. Le stress périnatal est souvent non diagnostiqué dans ces situations complexes qui sont envahies par la détresse sociale actuelle de la future maman (isolement, précarité, impossibilité de se projeter dans l'avenir, incertitude concernant le géniteur, difficultés de communication).

Un dépistage attentif de symptômes de dépression périnatale est prioritaire dans ces situations à risque. Bien que l'idée du psychiatre ou pédopsychiatre ne soit pas toujours comprise et bien accueillie chez les populations migrantes, elle doit pouvoir être expliquée et proposée à la maman. Néanmoins, le plus important est en priorité de créer un lien avec la patiente en identifiant une personne de confiance qui pourrait suivre l'évolution de la future maman, travailler sur ses demandes à elle, tout en proposant, par exemple, des consultations avec une sage-femme spécialisée, une équipe mobile psychosociale ou une infirmière en pédopsychiatrie.

Dans cette situation, l'éclairage de l'interprète venant de la même ethnie que M^{me} Diallo a souligné l'importance de tenir compte du contexte culturel. L'interprète nous explique qu'« au pays », investir une grossesse, visualiser l'image du fœtus sur un écran d'ultrason, préparer un lit ou même parler du futur bébé qui n'est pas encore né peut porter malheur. Le mutisme de Madame concernant son

bébé pourrait donc aussi être lié aux croyances qu'elle porte, ce qui pourrait donner une autre grille de lecture à cette suspicion de négligence prénatale. L'interprète souligne par ailleurs qu'il faudra réfléchir à prévoir une présence régulière pour cette maman après l'accouchement, les femmes étant habituées à pouvoir se reposer sur la communauté et la famille élargie durant les premiers mois de vie du bébé. Chez les mères avec un statut légal précaire, le retour à domicile est effectivement un passage très fragile où l'isolement social et familial devient encore plus pénible pour la jeune mère.

La période périnatale est une fenêtre d'opportunité pour approcher les populations vulnérables et entreprendre des actions de dépistage, d'évaluation et de prévention.

Les représentations de la préparation à la grossesse pour une femme originaire d'une autre culture et évoluant dans un processus migratoire fragilisé doivent être réfléchies en équipe interdisciplinaire. La dimension culturelle est explorée avec le patient et son entourage familial ou communautaire afin d'éviter des incompréhensions de la part des équipes médico-sociales. Dans l'évaluation des futures mères, l'objectif est notamment d'éviter un biais dans la prise en charge des familles issues de la migration que ce soit en signalant à outrance des situations à risque ou en sous-détectant des dépressions périnatales en raison de la précarité sociale qui biaise l'appréciation des professionnels.

DIFFICULTÉS SCOLAIRES D'UN ENFANT:

ENTRE HONTE ET TROUBLE DU LIEN

Désiré est un enfant de 11 ans originaire du Togo, qui est arrivé il y a une année environ pour rejoindre sa maman vivant en Suisse depuis presque six ans. Il présente des difficultés scolaires et des problèmes d'intégration dans la classe, malgré son origine francophone. Son enseignant discute avec l'infirmière scolaire qui a vu Désiré pour compléter ses vaccinations. Désiré a créé un lien avec l'infirmière et revient la voir fréquemment pour des symptômes souvent sans gravité. Il se confie à elle en exprimant sa tristesse d'être loin de son père resté au pays, mais surtout du lien difficile avec sa maman qu'il ne connaît pas bien, ayant vécu le départ en Suisse de sa mère comme un abandon alors qu'il n'avait que 5 ans. À la suite de révélations de coups donnés par la mère pendant les devoirs effectués à domicile, l'infirmière contacte le pédiatre pour qu'il

évalue une suspicion de maltraitance physique et probablement psychologique. La question d'une négligence se pose également, car l'enseignant principal dit ne jamais avoir vu cette maman aux réunions des parents et constater que, régulièrement, l'agenda de l'élève n'est pas signé.

Durant la consultation chez le pédiatre, Désiré est mutique. Il a accepté, sans bien comprendre, que l'infirmière parle des coups qu'il reçoit de la part de sa maman, mais il ne sait pas très bien ce qu'il risque en pointant du doigt la situation familiale devant le médecin. La mère, qui l'accompagne, accepte de rester dans la salle d'attente durant la première partie de la consultation. Le pédiatre, qui a appelé le CAN Team avant la consultation pour échanger sur les limites médico-légales de son rôle dans cette suspicion de maltraitance physique, explique à Désiré les raisons de cette consultation et le fait qu'ils feront ensuite le point tous ensemble avec sa maman. Il effectue un examen clinique qui ne révèle, au moment de la consultation, pas de signes externes de violence infligée. Désiré ne se sent par ailleurs pas en danger chez sa maman, n'ayant jamais reçu de menaces et ne constatant pas d'escalade de la violence ces derniers temps. Le médecin s'enquiert ensuite de la scolarité de Désiré qui est en échec scolaire. Les devoirs à domicile sont effectivement accompagnés de claques dans le dos de la part de sa mère. Son moral est en forte baisse en raison du mal du pays, du lien distant avec sa maman et des difficultés à se faire des amis à l'école. Lorsque la maman est invitée à les rejoindre, en fin de consultation, le pédiatre questionne la maman sur les problèmes scolaires de son fils et sur la tristesse qu'il laisse transparaître à l'école, mais aussi pendant la consultation. La mère confirme son impuissance vis-à-vis des difficultés scolaires de son fils et son incapacité à l'aider pour ses devoirs ayant elle-même des problèmes de lecture. Elle précise que ses difficultés de lecture lui font honte et qu'elle n'a jamais osé l'expliquer à son fils. Elle pense néanmoins que son fils, bon à l'école au Togo, est devenu paresseux et elle admet perdre patience, notamment pendant les séances de devoirs à domicile. Les coups sont effectivement décrits comme des claques dans le dos pour, selon la mère, le stimuler ou le réprimander quand il ne se concentre pas sur ses devoirs. Elle verbalise par ailleurs qu'elle est très inquiète que son fils finisse comme elle à faire des ménages alors qu'il aurait la possibilité de faire des études universitaires maintenant qu'elle a enfin pu le faire venir en Suisse.

Dans cet entretien, il est important de ne pas réduire la situation du parent à son passage à l'acte violent, mais de faire reconnaître à la mère la souffrance de l'enfant. Cette dernière peine à reconnaître le sentiment de tristesse de son enfant qui « a tout pour être heureux » selon elle, contrairement à son enfance à elle où « personne ne s'est jamais soucié de son mal-être ».

Sans l'aborder lors de ce premier entretien, le médecin pense qu'une thérapie familiale pourrait prendre soin du lien parent-enfant déficitaire qui est une source de souffrance pour Désiré comme pour sa mère. En effet, depuis le regroupement familial il y a une année, le lien reste fragile, marqué par des souffrances non verbalisées et des déceptions réciproques lors de ces retrouvailles tant attendues.

Concernant les difficultés scolaires qui sont réelles, un réseau est organisé rapidement avec l'école afin de les évaluer et de proposer des ajustements. Il est décidé, avec la maman, que Désiré pourra bénéficier d'appuis scolaires lui permettant de faire l'entier de ses devoirs à l'école, évitant ainsi les moments de détresse et de maltraitance présents durant les devoirs à domicile. L'école propose aussi de mettre en suspens durant une année l'apprentissage de l'allemand qui est une difficulté majeure pour Désiré qui n'a pas étudié cette langue au Togo. Les attentes que la maman exprime envers son fils devront aussi être discutées dans un deuxième temps. Dans des contextes migratoires, il existe en effet souvent une pression énorme des parents sur leurs enfants, liée à l'espoir que ceux-ci puissent faire des études pour leur éviter la précarité socioéconomique actuelle. Une explication sur les différentes filières de formation menant à des métiers de qualité doit être donnée aux parents récemment arrivés en Suisse, afin d'éviter des déceptions liées à une mauvaise compréhension de l'orientation professionnelle de leur enfant.

Des contacts réguliers entre les intervenants et la poursuite d'un lien de confiance entre la famille et certain·e·s professionnel·le·s de soins pourront permettre d'évaluer l'évolution de cette situation. La maltraitance éducative identifiée doit être un levier pour aider les parents à trouver une alternative, sans cautionner leur geste.

Séparations familiales, abandon, illettrisme de la maman, expectatives scolaires irréalistes, etc. Il y aurait beaucoup à dire sur cette vignette clinique. Une exploration fine de l'histoire familiale dans ce contexte de migration précaire, des compétences transculturelles qui évaluent les ressources et les limitations de cette

maman ainsi qu'un réseau efficace entre professionnel-le-s de soin et école pourront permettre de soutenir cette famille en détresse, sans discréditer la maman dans son rôle de mère. Un suivi régulier reste évidemment nécessaire pour accompagner sur le long terme cette famille qui devra faire face à d'autres défis dans les prochaines années comme celui de l'autonomisation et de la quête identitaire de Désiré aux portes de l'adolescence.

L'ADOLESCENCE: AUTONOMIE, SECRETS ET CONFLIT DE LOYAUTÉ

Lilah est une jeune fille de 16 ans qui consulte avec une amie les urgences pédiatriques pour une angine. Arrivée en Suisse il y a deux ans avec sa famille originaire du Kosovo, elle n'a pas de médecin traitant et a l'habitude de venir aux urgences en cas de soucis de santé.

À l'examen clinique, le médecin objective des lésions dans le dos, suspectes de mauvais traitements. Questionnée sur ces lésions, Lilah fait d'abord semblant de ne pas comprendre pour finalement répondre par l'affirmative quand le médecin évoque des lésions infligées par une autre personne. Par peur de représailles de la part de son père, qui est l'auteur des coups de ceinture reçus, elle demande à ce que le secret médical soit respecté. Devant les réserves déontologiques du médecin concernant sa demande, elle menace de tout nier en cas de signalement au Service de protection de la jeunesse, refusant de « causer encore plus de problèmes » à ses parents. Après avoir évalué la mise en danger immédiate de l'adolescente qui désirait rentrer à domicile, le médecin lui propose de ne pas entamer d'autres démarches pour l'instant à condition qu'elle puisse faire le point de la situation le lendemain avec un membre du CAN Team.

Lors de cette consultation spécialisée, Lilah explique que son père est le chef de famille et se doit de faire respecter certaines règles familiales. Aînée d'une fratrie de quatre enfants, Lilah a pour tâche de montrer l'exemple à ses deux sœurs plus jeunes, que ce soit en matière de travail ménager ou lorsqu'il s'agit de travailler à l'école et de ne pas fréquenter de garçons avant le mariage. Elle décrit les épisodes de punitions à la ceinture comme des événements extrêmement violents, mais occasionnels. Le dernier épisode serait dû à la découverte de messages sur son téléphone portable qui auraient dévoilé sa relation amoureuse secrète avec un garçon de son âge.

Lilah est d'accord avec le médecin qui dit pouvoir comprendre la colère et l'inquiétude du père, mais ne pas excuser ce comportement violent que rien ne peut justifier.

Après avoir évalué la dynamique familiale dans son ensemble (bonnes ressources de la famille dans la communauté, pas de comorbidités sociales liées à un permis de séjour précaire, pas de psychopathologie chez un des parents ni de violences conjugales), un entretien de famille est proposé.

Durant l'entretien de famille, le soignant évoque les lésions constatées qui n'ont pas d'explication médicale, la non-collaboration de Lilah quant à l'explication des lésions et son inquiétude face la suspicion que leur fille soit maltraitée physiquement par une tierce personne. Le papa nie toute violence à la maison et pense que ces lésions ont eu lieu à l'école, probablement à la gymnastique ou lors d'un jeu entre élèves.

N'insistant pas, le soignant aborde ensuite la question des difficultés éducatives existant dans les familles avec des adolescents. Le père nie de nouveau toute difficulté et insiste sur le fait qu'il souhaite le meilleur pour ses filles, un vrai travail, un mari respectueux et une bonne santé.

Quand le soignant les questionne sur l'éducation qu'ils ont eux-mêmes reçue durant leur adolescence au Kosovo, les parents expliquent que l'adolescence n'existait pas dans leur pays, il y a une vingtaine d'années, et que la mère de Lilah est passée du stade d'enfant au statut de mère en l'espace de quelques années, ce qui l'a par ailleurs empêchée de faire des études.

L'intervenant profite de reprendre les modèles éducatifs des parents en reconnaissant que ces derniers font effectivement, la plupart du temps, un bon travail, car leur fille présente des bons résultats scolaires, certainement motif de fierté de la famille. Les parents confirment les ressources de Lilah et le fait qu'elle est un modèle pour la fratrie. Le soignant questionne ensuite les parents sur les règles de la maison concernant l'autonomie de leur aînée qui aura bientôt 17 ans. La discussion s'ouvre sur les heures de sorties du week-end et l'importance pour les parents que leur fille n'ait pas de petit ami avant le mariage. La mère prend la parole et explique qu'il est important, pour que leur famille soit respectée par la communauté et que leur fille soit protégée par la famille élargie, qu'elle ne se mette pas en danger avec des garçons. La maman insiste aussi sur le fait qu'elle sait que sa fille peut aussi faire

de mauvaises rencontres et être mise en danger par des garçons peu respectueux. Par ailleurs, elle souligne l'importance pour sa fille de pouvoir poursuivre des études, ce qui serait impossible si elle venait à tomber enceinte.

Le soignant arrive ainsi à mettre du sens dans des comportements initialement insoutenables à ses yeux. Il peut aider l'adolescente à avoir un regard critique et respectueux sur ses parents, lui permettre d'apprendre à composer avec eux.

Il peut également créer un lien de confiance avec les parents, partager leurs craintes, mais aussi les rassurer quant aux compétences de leur fille aînée.

Il précisera son rôle et son devoir de protéger tout mineur en danger et expliquera que la violence physique sur une personne est illégale, doit être dénoncée si elle est répétée et qu'elle a un impact direct négatif sur l'estime de soi de la victime, ses capacités à se protéger plus tard d'une relation violente ou sur ses résultats scolaires.

En nommant les objectifs communs des parents et du soignant qui souhaitent le bien-être et la sécurité de Lilah, les parents sont favorables à un suivi ces prochains mois dans une consultation spécialisée en santé de l'adolescent (Division interdisciplinaire de santé des adolescents). Ce suivi doit permettre à Lilah de créer un espace confidentiel pour répondre à ses questionnements liés à sa santé, ses relations amoureuses éventuelles et ses conflits de loyauté liés à sa culture d'origine. Quant aux parents, ils recevront le message clair que les médecins resteront attentifs à tout signe de violence que Lilah pourrait de nouveau subir par un tiers, que ce soit dans la famille ou dans le cadre scolaire.

Dans l'apprentissage de son autonomie et la construction de son identité, l'adolescent est souvent amené à transgresser les règles. Dans les familles précarisées, l'adolescent peut longtemps protéger sa famille en retardant certaines étapes de son évolution développementale. Période d'attachement et de détachement, l'adolescence est un moment de crise pour toutes les familles, mais particulièrement pour celles issues de la migration, où l'adolescent, écartelé entre la culture d'origine et celle du pays d'accueil, doit évoluer en jonglant entre des impasses relationnelles, des codes de conduite différents et des loyautés invisibles.

Dans cette dynamique de maltraitance intrafamiliale, non ouvertement reconnue par les parents du mineur victime de mauvais

traitements, le médecin a privilégié le lien de confiance avec la famille à son devoir de signalement. Cette décision doit être constamment réévaluée en équipe interdisciplinaire selon l'évolution du suivi afin que le ou la professionnel·le soit assuré·e du changement de la dynamique familiale dysfonctionnelle. Ce suivi sans sollicitation du Service de protection de la jeunesse concerne des situations qui demandent beaucoup d'expertise de la part du ou de la professionnel·le de soin, car elles impliquent une prise de risque ainsi qu'une attention particulière afin de ne pas faire peser sur les épaules de l'adolescent·e la responsabilité de devoir dénoncer sa famille en cas de récidive.

Que l'évaluation aboutisse ou non à un signalement à l'Autorité de protection de l'enfant, le suivi médico-social doit être constamment questionné et réajusté, en travaillant avec les parents, mais aussi avec le réseau des professionnel·le·s accompagnant les autres membres de la famille.

FAIRE PREUVE DE CRÉATIVITÉ DANS LA PRISE EN CHARGE

Que ce soit durant la période périnatale ou durant l'adolescence, la communication entre les professionnel·le·s et la famille est indispensable à l'évaluation des situations complexes. Ce lien ne peut pas toujours remplacer des mesures juridiques qui permettent de soutenir la parentalité et de protéger un enfant ou un·e adolescent·e en danger dans un cadre plus formel. La collaboration entre le monde médical et le système de protection de l'enfance est nécessaire à la mise sur pied d'une continuité des soins chez les familles.

L'évaluation devrait toujours être effectuée avec une équipe interdisciplinaire afin de proposer des interventions adaptées aux familles en difficulté. En cas de signalement aux Autorités de protection de l'enfance, le ou la soignant·e doit garder son rôle dans le suivi de ces familles. Il ou elle peut parfois faire office de médiateur ou de facilitateur entre le service social et les parents.

Lorsque des mesures sont nécessaires, des alternatives au placement doivent être explorées. Parfois inévitable pour protéger le ou la jeune mineur·e, il faut soutenir les parents, car le placement en foyer peut engendrer leur disqualification publique, qui les amène parfois à démissionner de leur rôle parental, provoquant une nouvelle mise en danger du développement de l'enfant.

Les assistant·e·s sociaux·ales peuvent adapter leur prise en charge afin d'être créatifs et proposer selon les situations: des équipes

éducatives qui se rendent à domicile, des visites des infirmières de la petite enfance, des ateliers thérapeutiques pour adolescents, des groupes culturels parent-enfant, la mise en contact avec des associations communautaires, des soutiens scolaires ou des places en garderie. Lorsque le travail en réseau fonctionne bien, ces alternatives permettent un meilleur accès aux soins, des messages de prévention ciblés concernant l'éducation, l'accès à des actions psychothérapeutiques de guidance parentale et/ou l'accès facilité à des actions psychosociales ciblées.

L'évaluation et l'accompagnement de ces situations prend du temps. Une bonne connaissance du réseau de soutien à disposition des familles issues de la migration est importante afin d'accompagner les parents, quelle que soit la procédure sociale ou judiciaire en cours.

CONCLUSION

Le médecin, l'infirmière ou l'infirmier est en première ligne pour détecter les situations de maltraitance. Il est aussi légitime en tant que professionnel-le de santé pour accéder à l'intimité des familles, que ce soit par l'anamnèse ou l'examen physique de l'enfant ou de l'adolescent.

Aborder le sujet des mauvais traitements avec des familles est un sujet complexe qui nécessite l'utilisation de nombreuses compétences communicationnelles et relationnelles. De surcroît, les compétences transculturelles lors de consultations avec des familles issues de la migration sont indispensables. Bien comprendre le contexte psychosocial dans lequel vivent ces familles doit faire partie de la démarche de tout-e professionnel-le évaluant une situation, qu'il ou elle soit médecin, infirmier-ère, sage-femme, psychologue, psychiatre ou assistant-e social-e.

Migrants ou autochtones, dans la grande majorité des cas, les parents, comme les professionnels, ont l'objectif commun de vouloir le bien de l'enfant ou de l'adolescent. Les professionnels accompagnant une famille migrante ayant des comportements maltraitants ou négligents envers leurs enfants doivent donc être attentifs à ne pas mettre l'enfant dans une situation délétère pour son développement, écartelé entre la culture de ses parents et celles des soignants ou des services sociaux.

La migration forcée des familles est marquée par de nombreux deuils et pertes d'identité. Il est important de prendre soin des

parents afin qu'ils ne soient pas considérés comme mauvais parents alors qu'ils sont déjà fragilisés de par leur parcours difficile. Diagnostiquer une maltraitance intrafamiliale ne doit pas faire oublier la maltraitance administrative et institutionnelle dans laquelle vivent de nombreuses familles récemment arrivées en Suisse. En effet, celles-ci sont souvent logées dans des foyers ne favorisant pas le bon développement de l'enfant. L'insécurité administrative d'une partie de ces familles a par ailleurs un impact majeur sur la disponibilité psychique des parents à prendre soin de leurs enfants.

Dans un contexte de migration, il existe un risque de sur ou sous-détection d'une situation de maltraitance intrafamiliale en raison de la complexité des situations aux multiples enjeux et des professionnel-le-s qui peuvent surréagir ou banaliser un comportement parental. Bien que culturellement différentes, les pratiques éducatives de parents issus de la migration doivent être évaluées avec humilité afin de tenir compte du contexte migratoire et social qui façonne la dynamique familiale.

Que ce soit avec une famille autochtone ou issue de la migration, le rôle du ou de la pédiatre envers les parents et les autres professionnel-le-s reste le même; exposer la problématique de maltraitance en se centrant sur le bien-être et la santé de l'enfant ou de l'adolescent. Lors de la consultation, cet objectif sera partagé avec les parents afin de tisser des liens avec eux et ainsi les accompagner pour permettre le bon développement de l'enfant.

BIBLIOGRAPHIE

ALINK, Lenneke, EUSER, Saskia, VAN IJZENDOORN, Marinus et BAKERMANS-KRANENBURG, Marian (2013), «Is elevated risk of child maltreatment in immigrant families associated with socioeconomic status? Evidence from three sources», *International Journal of Psychology*, vol. 4, n° 2, pp. 117-27.

AOUATTAH, Ali, DEVEREUX, Georges, DUBOIS, Christian, KOUASSI, Kouakou, MORO, Marie-Rose et LURQUIN, Patrick (2004), *Maltraitance et cultures*, Bruxelles: Ministère de la Communauté française.

KROENING, Abigail, MOORE, Jessica, WELCH, Therese, HALTERMAN, Jill et HYMAN, Susan (2016), «Developmental screening refugees: A qualitative study», *Pediatrics*, vol. 138, n° 3.

LEANZA, Yvan (2011), *Exercer la pédiatrie en contexte multiculturel. Une approche complémentariste du rapport institutionnalisé à l'Autre*, Chêne-Bourg: Georg, coll. Médecine & société.

METRAUX, Jean-Claude (2013), *La migration comme métaphore*, Paris: La Dispute.

MILLETT, Lina (2016), «The Healthy Immigrant Paradox and Child Maltreatment: A Systematic Review», *Journal of Immigrant Minority Health*, vol. 18, pp. 1199-1215.

MORO, Marie Rose (2009), «Périnatalité: des mères et des bébés en exil», in *Psychopathologie transculturelle*, Paris: Masson, pp. 169-189.

ROSENBAUM, Francine (2010), *Les humiliations de l'exil. Les pathologies de la honte chez les enfants migrants*, Paris: Éditions Fabert.

SCHICK, Matthis, SCHÖNBUCHER, Verena et LANDOLT, Markus, «Child maltreatment and migration: A population-based study among immigrant and native adolescents in Switzerland», *Child Maltreatment*, vol. 21, n° 1, pp. 3-15.

VANOTTI, Marco (2006), *Le métier de médecin. Entre utopie et désenchantement*, Chêne-Bourg: Médecine et Hygiène.

ÉCOUTER LA DIVERSITÉ CULTURELLE LIÉE À LA MIGRATION, L'EXPÉRIENCE D'APPARTENANCES¹

PHILIPPE CONNE, MARÍA RÍO BENITO ET CHRISTINE UWIMANA

PHILIPPE CONNE

INTRODUCTION : LE TRAVAIL D'ÉCOUTE POUR BRISER LE SILENCE ET FAIRE ADVENIR LA PAROLE

Nous constatons que les migrant-e-s occupent une place particulière au sein de notre société. Celle-ci se caractérise par une position d'impuissance, de dépendance, d'isolement psychosocial – perte du substrat familial (absence de la famille élargie) et de l'insertion sociale, méconnaissance linguistique et des structures d'aide existantes. Or, les liens de dépendance, le sentiment d'impuissance et l'isolement social sont tous les trois constitutifs de la maltraitance². Il ne s'agit pas ici d'une relation de cause à effet, mais plutôt d'une configuration dans laquelle les actes de maltraitance s'inscrivent.

Le travail au sein de la Consultation psychothérapeutique pour migrants (CPM) d'Appartenances consiste, dans un premier temps et de manière essentielle, à être à l'écoute des différentes formes d'expression de la souffrance. Or, quelles que soient les formes de la violence et de la maltraitance, elles imposent le silence à toutes les personnes impliquées dans ces actes. Dans le cas de maltraitance intrafamiliale, tant les auteur-e-s de violences que les victimes, et en particulier les enfants, vont se taire par loyauté familiale ou communautaire, par honte et/ou pour éviter le jugement des autorités perçues comme persécutrices. Le silence semble être une des réponses individuelles et sociétales à ces actes de maltraitance et de violence.

1. L'association Appartenances s'est donnée pour mission de favoriser le mieux-être et l'autonomie des personnes migrantes et de faciliter leur intégration dans la société d'accueil, tout en garantissant l'équité, la solidarité, la réciprocité et le respect de la dignité humaine. Toutes les informations sont disponibles en ligne: <https://www.appartenances.ch>

2. Massé, 1995.

Il apparaît malheureusement que la plupart des communautés ont voulu taire les actes de violence et de maltraitance envers les personnes les plus exposées et les plus faibles comme, entre autres, les enfants et les femmes. Il suffit pour cela de se rappeler le silence autour des maltraitements subies par les personnes et les enfants placés en Suisse. Dans ce cas-là, les autorités publiques et la société civile dans son ensemble ne se sont-elles pas montrées complices de ces maltraitements ?

Notre travail consiste dès lors à être à l'écoute de cette parole et à favoriser l'expression de ce que les communautés, les familles et quelquefois la société cherchent à faire taire et à cacher.

Nous pouvons effectivement résumer, de manière certainement réductrice, l'ensemble du travail de l'association Appartenances, et en particulier celui de la CPM, à une tentative de donner les moyens aux migrant-e-s de sortir du silence – de permettre à leur parole de se faire entendre – et d'échapper au piège construit par l'imbrication de la dépendance, de l'impuissance et de l'isolement social. En créant ce lieu d'accueil et d'écoute, nous cherchons ainsi à offrir un espace où la parole puisse advenir, où le sentiment d'impuissance puisse être dépassé et où la dépendance puisse être surmontée.

Il est à noter que la violence et la maltraitance se caractérisent comme un passage à l'acte qui peut prendre différentes formes, mais qui découle, selon notre expérience, souvent d'un ressenti d'impuissance et d'une impossibilité à élaborer un vécu traumatique. La psychanalyse évoquerait également la projection sur l'autre de l'impuissance éprouvée – mettre l'autre dans le même état pour échapper à sa propre impuissance.

Néanmoins, il nous apparaît que, dans un premier temps, pour sortir de cette spirale de l'impuissance, il est essentiel de briser le silence qui l'entoure. Ensuite, il est également nécessaire de penser l'émergence des maltraitements intrafamiliaux comme s'inscrivant dans un contexte. En effet, elles sont quelquefois déjà à l'œuvre avant la migration, mais elles procèdent également de l'ensemble du processus migratoire : traumatismes, pertes, fuites et isolement social.

Avant de poursuivre de manière plus concrète cette présentation de notre pratique d'écoute en exposant des exemples de notre travail clinique dans des contextes de maltraitements, il me semble nécessaire de préciser dans un premier temps la place de notre consultation.

Tout d'abord, il est important de signaler que nous travaillons en général avec des interprètes/médiateurs ou médiatrices culturel-le-s permettant ainsi aux migrant-e-s de pouvoir s'exprimer dans leur propre langue et nous permettant de mieux comprendre les souffrances vécues par ces derniers. Cette présence des interprètes nous permet également une meilleure compréhension des aspects culturels et communautaires constitutifs des problématiques présentées par les migrant-e-s venant à notre consultation.

Nous avons aussi développé un regard documenté et en collaboration avec l'ensemble des partenaires sociaux sur l'ensemble du contexte de la migration (traumatismes subis, pertes, isolement psychosocial, etc.).

De même, nous portons une attention particulière au contexte de vie sociale en Suisse (précarité du statut administratif, précarité économique, etc.) en collaboration avec les différents acteurs sociaux impliqués sur ces questions avec les migrant-e-s.

Concernant notre place en tant que psychothérapeute, il est important de noter que nous agissons dans le cadre de ce que nous appelons le parapublic. Cela signifie que nous opérons avec un minimum d'indépendance vis-à-vis des instances étatiques, mais que nous sommes néanmoins soumis-es à des directives étatiques puisque tributaires des subventions publiques. Par ailleurs, comme acteurs de la santé publique, nous sommes lié-e-s par le secret professionnel, mais également tenu de signaler aux instances étatiques les maltraitances subies par des mineur-e-s constatées ou même soupçonnées. De plus, notre droit pratique en tant que professionnel-le-s de la santé est soumis à un certain nombre d'obligations légales.

Dans notre consultation psychothérapeutique à la CPM, la question de la maltraitance envers les enfants apparaît en général selon deux modalités :

- Soit la demande nous est soumise par des instances étatiques, le Service de protection de la jeunesse (SPJ) ;
- Soit la problématique émerge plus ou moins explicitement au cours d'un processus psychothérapeutique déjà engagé et visant à traiter, par exemple, des traumatismes, des pathologies psychiatriques, ou psychosomatiques.

Pour finir, et afin d'aborder concrètement la diversité du travail effectué au sein de la Consultation psychothérapeutique pour migrants (CPM) d'Appartenances concernant cette problématique,

il nous est apparu important de donner la parole aux praticiennes. Celles-ci, bien qu'issues de formations thérapeutiques différentes, témoignent chacune à sa manière de la nécessité du travail en réseau dans ces situations. Ces deux présentations soulignent également le besoin d'écoute de la part des migrant-e-s qui tient compte de leur histoire, de leur culture et des conditions de leur vie en Suisse. En effet ces différentes dimensions les constituent en tant qu'individu, d'abord d'essence sociale. Elles ne peuvent donc être négligées si l'on veut un tant soit peu aborder et comprendre la maltraitance envers les enfants.

MARÍA RÍO BENITO

PREMIER ÉCLAIRAGE : LA CONSULTATION DES THÉRAPEUTES POUR ADULTES, UNE PORTE POUR L'ÉCOUTE DE LA SOUFFRANCE PARENTALE ET DES BESOINS DES ENFANTS

Quand un-e adulte franchit la porte du cabinet d'un-e psychothérapeute, il cherche à partager une souffrance interne, relationnelle ou sociale. Le thérapeute va s'intéresser, certes, aux symptômes que cette personne présente, mais aussi à sa famille et à son contexte plus large. Les mauvais traitements infligés aux enfants peuvent être déjà suspectés en grande partie lorsqu'on écoute les adultes qui nous consultent. Parfois, nous serons vite d'accord sur les éléments de maltraitance vécus par les enfants ; dans d'autres situations, nous aurons besoin d'un temps de négociation pour trouver les solutions de protection des enfants. Le ou la psychothérapeute pour adultes a une responsabilité de prévention vis-à-vis des mineur-e-s qui vivent sous le même toit qu'un-e adulte exerçant directement ou indirectement des maltraitements envers eux. Sa responsabilité pourrait s'élargir même aux mineur-e-s vivant à distance des adultes, si ceux-là ont un lien de parentalité avec l'enfant.

Des dix facteurs de l'enfance associés aux problèmes de santé mentale à l'âge adulte selon Fryers et Brugha³, quatre concernent les adultes responsables d'enfants : 1) l'adversité ; 2) l'abus et l'abandon ; 3) les mauvaises relations parents-enfants ; et 4) les familles éclatées ou dysfonctionnelles. Dans cette contribution, nous allons considérer

3. Fryers et Brugha, 2013.

la combinaison, dans notre pratique clinique, de ces quatre éléments de maltraitance envers les enfants au sein des familles migrantes.

Afin de montrer la complexité de la prise en charge des mauvais traitements endurés par les enfants migrants, nous allons présenter les vignettes cliniques de cinq femmes suivies par l'auteure à la CPM d'Appartenances entre 2014 et 2016. Le contenu des vignettes prendra en compte les éléments postérieurs au colloque de 2016, et cela jusqu'au mois d'août 2019⁴. Les enfants des cinq femmes ont été suivis par le SPJ. Nous allons faire ressortir les éléments de maltraitance, le dialogue établi autour de cette question avec les patientes, le travail psychiatrique, psychothérapeutique et de réseau mis en place, ainsi qu'une première lecture systémique des situations dans un contexte plus large, social et géopolitique. Les histoires cliniques des patientes ont été modifiées sur des aspects non fondamentaux pour garantir le secret médical. L'origine des patientes est diverse : Europe de l'Est, l'ex-Yougoslavie, Afrique du Nord et Afrique de l'Est.

MADAME A.

LA PRÉCARITÉ SOCIALE⁵ COMME ÉLÉMENT INVISIBLE DE MAUVAIS TRAITEMENTS AUX ENFANTS

Madame A. arrive à notre consultation, à la suite d'une hospitalisation en milieu psychiatrique, pour un épisode psychotique quelque temps après la naissance de son troisième enfant. Elle est venue en Suisse rejoindre son mari qui y séjournait depuis de nombreuses années.

Lors des rencontres avec Madame A., toujours avec la même interprète, il ressortait que sa principale préoccupation était la précarité économique de sa famille (appartement insalubre, manque de revenus pour nourrir et habiller ses enfants...). Madame nous a aussi parlé de maltraitance conjugale.

Devant ces éléments de mauvais traitements envers les enfants, nous avons fait un signalement au SPJ qui n'a pas constaté, dans un premier temps, de soucis particuliers au sein de la famille. Ce n'est que lors du troisième signalement, que le réseau autour de cette famille s'est rencontré et que la famille a pu bénéficier de conditions de vie plus dignes. Un accompagnement éducatif a aussi été mis en place pour la famille.

4. L'auteure s'occupe toujours du suivi de ces cinq femmes.

5. Marmot et Wilkinson, 2003.

Éléments de maltraitance envers les enfants :

- Un logement insalubre ;
- Le manque du mobilier minimal (les enfants n'avaient pas de lit) ;
- Le manque de nourriture ;
- Le manque d'habits ;
- La violence conjugale (financière, psychologique et des fois physique) ;
- L'incapacité psychique de la mère à s'occuper de ses enfants, surtout lors des hospitalisations, au début du suivi. La nature de la problématique psychique de la patiente a entraîné aussi des difficultés au niveau de la volonté et de l'expression des affects.

Les difficultés des professionnel-le-s pour l'identification des maltraitements :

- Le mari était le seul interlocuteur du couple avec l'extérieur, car le seul à pouvoir communiquer en français ;
- La maladie psychiatrique diagnostiquée chez la femme, qui fait que sa parole risque d'être moins prise en compte. Certaines fois, comme c'était le cas dans cette situation, il est difficile de différencier les contenus délirants du discours des patient-e-s des informations de préjudice réel qu'ils-elles vivent. Madame A. développait pendant les crises une grande méfiance envers son mari, ce qui rendait difficile de faire émerger les éléments de maltraitance conjugale.

Ce qui a aidé à l'identification des maltraitements envers les enfants et à la recherche de solutions :

- L'émancipation progressive de la femme ;
- L'engagement de l'interprète auprès de la patiente (« la voix de la patiente » à l'extérieur) ;
- La bonne coordination du réseau social, éducatif et médical.

Aujourd'hui, Madame est psychologiquement stable, depuis plusieurs années. Le couple est en procédure de séparation. Les enfants sont scolarisés. La « pauvreté relative » (Marmot et Wilkinson, 2003), une des formes d'exclusion sociale, qui est l'un des dix déterminants sociaux de la santé de l'OMS, s'est améliorée.

MADAME B.**LA DIFFICULTÉ D'ENTRER EN LIEN****AVEC LES PERSONNES GRAVEMENT TRAUMATISÉES**

Le suivi de Madame B. a débuté après son premier accouchement en Suisse. Réfugiée politique, ayant subi la torture, elle vit seule en Suisse avec ses enfants. Elle montre une problématique psychique de type post-traumatique. Le SPJ a été présent dès le début pour accompagner la famille dans les besoins des enfants: soutien financier pour des camps de vacances et pour l'accueil parascolaire, placements temporaires lors des hospitalisations de la mère (grossesse à risque, maladies).

Madame B. a vécu le dernier placement de ses enfants, peu de temps après son dernier accouchement, comme un vrai traumatisme, car complètement inattendu. Elle s'est sentie victime d'une grave injustice dont chaque membre du réseau était, à ses yeux, en partie responsable.

Éléments de maltraitance envers les enfants :

- Les changements très fréquents de domicile et d'école pour les enfants ;
- L'indisponibilité psychique de la mère pendant des périodes où elle était envahie par son vécu traumatique très sévère (Fisher, 2017) ;
- Les multiples séparations mère-enfants durant le long parcours migratoire de la famille.

Difficultés éprouvées par les professionnel·le·s pour aider la famille :

- La fragilité du lien de confiance entre les professionnel·le·s et la mère qui, ayant vécu plusieurs traumatismes infligés par des personnes, avait une attitude méfiante envers les différent·e·s professionnel·le·s ;
- Le besoin d'interprètes pour chaque échange avec la mère (impossibilité de communiquer sans assistance), qui ont été très sollicités par la patiente (et qui se sont épuisés en raison de multiples épisodes de crise) ;
- L'impossibilité d'offrir un espace thérapeutique individuel à la mère, car elle vient toujours accompagnée d'un ou plusieurs enfants non scolarisés.

Ce qui a aidé la famille :

- La reconnaissance par le réseau du vécu d'injustice de Madame ;
- La reconnaissance par le réseau des ressources de Madame et de ses qualités comme mère ;
- L'aide dans la prise en charge de ses enfants par les éducatrices du foyer mère-enfant et leur légitimation de Madame à être « une bonne mère ».

Aujourd'hui Madame B. est stable, les enfants vont bien. Madame a un long travail thérapeutique à faire. Elle a pu reprendre confiance dans l'être humain.

MADAME C.

QUAND ON N'ARRIVE PAS À S'OCCUPER DE SON PROPRE ENFANT

Madame C. et son ex-mari sont arrivés à la consultation, adressés par l'avocat qui s'occupait de leur procédure de séparation et qui estimait utile un travail de médiation avec le couple parental, dans le but d'améliorer la relation avec leur enfant. En raison de la difficulté de dialogue entre les deux membres du couple, nous avons proposé une évaluation des besoins individuels de chaque membre du couple.

Madame C. est arrivée seule en Suisse pour rejoindre son mari, qui y habitait depuis de nombreuses années. Madame a vite compris que la vie qu'elle avait imaginée au niveau relationnel et matériel ne ressemblait en rien à ce qu'elle avait.

Elle a très mal supporté la grossesse et la première année de vie de son enfant, sans aucune aide professionnelle, dans l'isolement social et souffrant de maltraitances de la part de son mari. Sa situation psychique l'a empêchée de s'occuper correctement de son enfant, au point finalement d'en perdre la garde.

Éléments de maltraitance envers l'enfant du couple

- L'impossibilité pour l'enfant d'avoir une nationalité (donc un document d'identité) en raison des particularités de la situation administrative des parents ;
- La précarité économique de la mère ;
- Les disputes conjugales fréquentes ;
- L'indisponibilité psychique de la mère pour s'occuper de son enfant (en raison de sa problématique psychique).

Difficultés éprouvées par les professionnel-le-s pour aider la famille

- Madame C., souffrant d'une problématique psychique complexe, a caché des éléments de maltraitance envers son enfant aux professionnel-le-s qui essayaient d'aider la famille. Nous devons toujours prendre en compte qu'une mère qui ne peut pas remplir son rôle de mère ressent une profonde honte.

Ce qui a aidé la famille

- La collaboration entre le SPJ et la thérapeute de Madame C. Le SPJ a pu protéger au mieux l'enfant avec un placement temporaire et le retrait de la garde à la mère. La thérapeute de Madame C. a pu la soutenir émotionnellement à la suite de la séparation de son enfant et l'aider à prendre conscience de ses comportements négligents et maltraitants envers elle-même et son enfant. C'est un début qui devrait permettre à Madame de renouer un lien meilleur avec son enfant.

Aujourd'hui, Madame C. est encore dans une mauvaise situation sociale et psychique. Elle n'a toujours pas le droit de garde de son enfant et le voit seulement de temps en temps.

MADAME D.

L'INSÉCURITÉ ADMINISTRATIVE COMME MALTRAITANCE AUX ENFANTS

Madame D., en Suisse avec son mari, est venue en consultation avec la demande de pouvoir s'occuper de ses enfants « mieux que sa mère s'était occupée d'elle ». Sa santé psychique, déjà bien altérée en raison de ses propres expériences comme enfant, s'est dégradée en raison de la peur du renvoi vers son pays d'origine où elle avait été victime des maltraitements de la part de représentants de l'État.

Le SPJ a assuré le placement des enfants durant les nombreuses hospitalisations en milieu psychiatrique de Madame.

Les enfants ont développé des symptômes psychiques assez préoccupants et sont actuellement en traitement.

Éléments de maltraitance envers les enfants :

- L'insécurité administrative de la famille⁶;
- Les menaces et les tentatives de renvoi de force de la famille;

6. Li, Liddell et Nickerson, 2016.

- L'indisponibilité psychique de la mère pour s'occuper de ses enfants en raison de sa problématique post-traumatique;
- Le rejet vécu par les enfants à l'école en raison de leur situation administrative; par exemple: ils n'étaient pas invités aux anniversaires;

Difficultés éprouvées par les professionnel-le-s pour aider la famille :

- Les différent-e-s professionnel-le-s ont dû répondre aux besoins de sécurité des enfants, tout en sachant que la famille risquait un renvoi de force au pays d'origine.

Ce qui a aidé la famille :

- La collaboration entre l'interprète et la thérapeute, qui ont assumé un suivi de crise durant des années, dans le but d'offrir le seul élément de sécurité auquel la famille pouvait faire appel;
- L'intervention du SPJ facilitant les placements temporaires des enfants pendant les hospitalisations multiples de Madame D. Le SPJ a aussi permis aux enfants de la famille de vivre « comme des enfants » (participation aux camps de vacances, à des activités de fin de semaine).

Aujourd'hui, la famille a été admise provisoirement en Suisse pour des raisons humanitaires. Les enfants continuent à être suivis en pédopsychiatrie. Madame présente une situation de santé psychique toujours préoccupante.

MADAME E.

L'IMPORTANCE D'UN TRAITEMENT PSYCHIATRIQUE ADÉQUAT POUR PERMETTRE AUX MÈRES SOUFFRANT DE TROUBLES PSYCHIATRIQUES SÉVÈRES D'EXERCER LEUR RÔLE DE MÈRE

Madame E. a été adressée à notre consultation par l'hôpital psychiatrique où elle avait dû être hospitalisée pour une décompensation maniaque, peu de temps après la naissance de son enfant. Madame, séparée temporairement du père de son enfant, s'est vue perdre le droit de visite de son enfant pendant la période d'instabilité psychique qui se manifestait, entre autres, par des comportements inadéquats.

Le SPJ a aidé le père dans ses tâches parentales et a été attentif à l'évolution de l'état de santé de Madame pour l'autoriser à s'occuper

de son enfant de façon progressive. Grâce à la collaboration de tous les intervenants, le couple a pu reprendre une vie commune avec leur enfant.

Éléments de maltraitance envers l'enfant du couple :

- L'instabilité psychique de la mère qui l'empêchait pendant les périodes de décompensation de prendre soin de son enfant. Durant les décompensations, Madame présentait des comportements inadéquats, voire violents au domicile.

Difficultés éprouvées par les professionnel·le·s pour aider la famille :

- La situation clinique était très complexe, ce qui ne rendait pas possible, dans un premier temps, une stabilité psychique pour Madame E. à la sortie des hospitalisations. En conséquence, elle continuait à avoir des conduites à risque.

Ce qui a aidé :

- La coordination des soins ambulatoires et hospitaliers pour réussir une stabilisation psychique de Madame E. ;
- La collaboration entre le service de santé mentale et le SPJ, qui a permis la récupération du droit de garde pour Madame, une fois qu'elle a assuré sa stabilité psychique.

Aujourd'hui, Madame va bien, apprend le français et envisage un travail à temps partiel. Le couple vit de nouveau ensemble et s'occupe très bien de son enfant.

LA DIVERSITÉ CULTURELLE

Les cinq familles étudiées viennent de pays différents. Elles ont plusieurs points en commun : 1) l'absence de la famille élargie et d'un réseau informel de soutien en Suisse ; 2) la fragilité du couple parental (familles monoparentales, couples en conflit) ; 3) une souffrance psychique sévère des mères.

Mais, qu'en est-il du rôle des différences culturelles dans la compréhension et la prise en charge des mauvais traitements aux enfants ?

Dans mon expérience, il y a une différence dans la compréhension des mauvais traitements aux enfants entre ces familles venues « d'ailleurs » et les familles suisses. Pour la plupart des familles

étrangères, ce qui se passe à l'intérieur d'une famille est une affaire privée. Les familles suisses acceptent un certain degré d'interventionnisme des institutions et de l'État dans l'espace privé de la famille. Moi-même, qui ai grandi, fait mes études et développé une grande partie de ma vie professionnelle en Espagne, j'ai été surprise du poids des institutions sociales et de soins auprès des familles en Suisse. J'ai expérimenté, comme les familles dont je m'occupe, une évolution de mon ressenti face à l'interventionnisme étatique et professionnel dans le domaine de la famille: de l'étrangeté à la compréhension du sens et du sentiment d'intrusion au sentiment de soulagement. Les institutions sociales et de soins, ainsi que le SPJ, garantissent un étayage nécessaire pour beaucoup de familles migrantes. Les « cultures d'origine » des patientes présentées n'ont pas joué un rôle significatif dans le dialogue que nous avons établi avec elles autour des mauvais traitements. Arthur Kleinman⁷, un des pères de l'anthropologie de la santé, parle du danger de faire appel aux différences « culturelles » pour cacher d'autres problématiques, par exemple sociales. L'exposé des situations qui précèdent en montre plusieurs exemples.

OUVERTURE ET RECOMMANDATIONS

Quelques clés pour que les rencontres entre les différentes institutions et les familles migrantes, où des enfants sont victimes de mauvais traitements, se passent au mieux :

1. Prendre en compte l'existence de possibles éléments de persécutions étatiques vécus par les parents (ont-ils été emprisonnés, torturés?), qui les rendent davantage méfiants envers les institutions et les interventions professionnelles;

2. Prendre en compte les conditions de précarité administrative et sociale dans lesquelles vivent les familles comme un élément de mauvais traitement envers les enfants en tant que tel;

3. Prendre en compte l'isolement des familles, l'absence de famille élargie et d'un réseau de soutien informel à proximité;

4. Prendre en compte la honte des personnes souffrant d'un trouble psychiatrique ou ayant été victimes de traumatismes;

5. Prendre en compte notre propre culture de soins et d'intervention sociale, qui est souvent différente et éloignée de celle des personnes que nous rencontrons;

7. Kleinman et Benson, 2006.

6. Commencer par reconnaître les ressources des familles;
7. Favoriser l'émancipation des familles;
8. Essayer d'abord de trouver des solutions de protection pour les enfants avec les parents;
9. Tenter de garder le lien avec tous les membres de la famille;
10. Garantir une écoute bifocale de la souffrance des adultes et des besoins des enfants⁸.

CHRISTINE UWIMANA

SECOND ÉCLAIRAGE: LE TRAVAIL CLINIQUE AVEC LES MIGRANT·E·S. DU CONTEXTE SOCIOCULTUREL AUX VIOLENCES SUBIES EN TANT QUE RÉFUGIÉ·E

À l'aide d'une vignette clinique, je vais illustrer comment les violences intrafamiliales, les violences politiques et les atteintes à l'identité ont des répercussions sur le rôle parental. Je souhaite également explorer comment les violences intrafamiliales antérieures aux violences politiques colorent les motifs explicites de la migration. Je présenterai le cas d'un père de famille, réfugié, ayant été maltraité dans sa famille, puis ayant un vécu de guerre civile, d'emprisonnement et de torture jusque vers ses 40 ans. J'aborderai ensuite la question de l'impact de ces violences sur l'identité individuelle, sociale et parentale. Le traitement psychothérapeutique a été mené à la Consultation psychothérapeutique pour migrants d'Appartenances (CPM), spécialisée dans la prise en charge individuelle et groupale des personnes migrantes. Dans ce cas précis, il ne s'agira pas de se poser la question de « *comment agir lorsque les questions culturelles mettent en cause l'identité fondamentale des personnes concernées?* », il s'agira plutôt de se demander comment accompagner un·e migrant·e ayant vécu des traumatismes tellement sévères qu'ils ont menacé l'étayage de son identité sur le groupe social qui l'entoure (identité culturelle), tant en ce qui concerne son groupe social d'origine que le groupe social d'accueil.

8. Remerciements à mon superviseur, le Prof. Nicolas Duruz, pour son accompagnement dans le suivi des familles migrantes, ainsi que pour la relecture de ce texte, et aux familles migrantes, qui m'apprennent chaque jour sur « la fragilité et la force ».

VIGNETTE CLINIQUE⁹

1^{re} partie : Le(s) traumatisme(s) comme source de difficultés à entrer en relation et dans les réalités institutionnelles

Ahmed est originaire de Turquie, il est en Suisse depuis une dizaine d'années et ne parle pas français. Les entretiens se font en présence d'une interprète.

Il a déjà été suivi par différents psychiatres depuis quelques années. J'ai repris le suivi après le départ d'un collègue qui quittait l'institution. À ce stade, je suis au courant qu'il a un vécu traumatique en lien avec les tortures subies en prison et qu'il a bénéficié d'un suivi thérapeutique et médicamenteux.

Dans un premier temps, et très vite, au premier entretien, il décrit un malaise vis-à-vis du regard de l'autre : « Le regard de l'autre me bouleverse. » Il exprime des angoisses et son insensibilité : « Je suis froid, je ne suis pas très famille. » À cette période il venait d'être père : « Je devrais me réjouir, mais je n'ai pas de plaisir ; je n'ai jamais eu d'exemple de famille ou une relation avec une famille, je ne sais pas comment faire pour être père ou mari. »

Je suis alors frappée par le fait qu'il me parle spontanément de cela et qu'à mon introduction, où je décris son suivi avec son précédent thérapeute, il ne manifeste aucune réaction. En effet, une demande de poursuite de thérapie avec ce collègue avait été faite. Tout en écoutant ce qu'il me raconte, je dois en même temps m'occuper de ces éléments organisationnels.

Cette période de clarification s'est prolongée sur plusieurs mois, à cause de démarches administratives compliquées ; ma position était inconfortable, car je ne pouvais pas m'engager plus avec lui.

M. Ahmed exprimait le sentiment de ne savoir que faire quant à la poursuite du traitement avec son psychiatre ou avec moi.

Ces démarches administratives n'ont pas permis qu'il poursuive son traitement au cabinet de son précédent thérapeute. Avec cette réalité institutionnelle, il se retrouve à vivre de nouveau une certaine forme de violence, qui ne lui offre pas les conditions nécessaires à l'établissement d'une relation de confiance avec sa nouvelle thérapeute que je suis.

Dans la même période, M. Ahmed avait des pressions concernant son intégration en Suisse. Il a été nécessaire de voir où il en était par rapport à ces exigences extérieures liées à son statut

9. Certains éléments biographiques de ce père de famille, prénommé Ahmed dans ce texte, ont été modifiés.

de réfugié en Suisse. Les services d'intégration interpellèrent le patient quant à sa difficulté d'intégration. Différentes activités et cours lui ont été proposés, mais il a très vite arrêté, car il vivait ces propositions comme une sorte de menace et de discipline qu'on lui imposait.

Il disait avoir subi des ordres pendant plusieurs années dans l'armée et en prison et refusait alors toute aide ou proposition concernant l'apprentissage du français, ou d'autres activités. Les premiers mois de suivi ont ainsi consisté à clarifier ces aspects extérieurs et tenter de préparer un cadre dans lequel il se sentirait en sécurité.

Dans cette première période de suivi, de type psychothérapie de soutien, je ne le pousse pas à participer à ces activités; j'informe les différentes institutions de sa difficulté à investir les activités, pour des raisons médicales. En effet, il est extrêmement tendu à l'évocation de ces mesures d'insertion. Tout en se plaignant de la réalité extérieure du système suisse, M. Ahmed parle systématiquement des tortures qu'il avait subies avec un grand détachement, sans aucune émotion. C'est la sidération due au traumatisme, une manière de ne plus sentir, de ne plus souffrir pour tenter d'éviter les dégâts du traumatisme.

La répétition en boucle des scènes traumatiques serait comme une tentative par la personne traumatisée de contrôler la surprise et l'envahissement du traumatisme. Ahmed était dans la position d'une victime qu'il fallait laisser tranquille, qui ne peut s'investir dans aucune activité, et je ne le sentais pas encore prêt à modifier la fréquence de nos séances (une fois toutes les deux semaines).

2^e partie: Le rôle de père, angoisses et demande d'aide.

Ouverture à une psychothérapie hebdomadaire

Au bout d'une année de suivi, Ahmed s'est montré plus déprimé et en demande d'aide. À ce moment, nous avons clarifié la poursuite de traitement avec moi; nous avons également diminué la pression venant de l'extérieur quant à son intégration. Il venait d'apprendre qu'il allait de nouveau être père. Il disait ne pas supporter d'être un mauvais père et un mauvais mari, alors qu'il a été «éduqué» pour défendre les femmes et les enfants. J'ai profité de ce moment pour proposer des séances hebdomadaires, après avoir expliqué la nécessité de ce cadre. En effet, maintenant qu'on avait moins de contraintes extérieures, et en réponse à sa demande

d'aide, il me semblait y avoir un certain engagement dans notre relation thérapeutique. En tant que psychiatre-psychothérapeute d'orientation psychodynamique, j'ai privilégié une prise en charge individuelle, pour pouvoir dégager et discuter des facteurs individuels à partir desquels on peut accéder au monde « culturel » dans lequel il a vécu.

Je reprends alors ses mots « ... a été éduqué pour défendre les femmes... » et cela nous amène à parler de sa famille et de son enfance ; éléments dont il n'avait pas fait mention avant à ses psychiatres.

Il commence son histoire à partir de son adolescence et fait le lien directement avec la naissance d'un parti politique d'opposition, comme s'il était né à ce moment. Il parle de son intérêt vis-à-vis de ce parti, de sa soif de comprendre, car ses parents ne répondaient pas aux questions qu'il se posait.

Je lui fais part de mon étonnement sur le fait qu'il commence son enfance à cette période-là. Il dit avoir oublié ses souvenirs d'enfance. « Je me rappelle tout le temps de la prison, mais pas de mon enfance. »

C'est après plusieurs séances qu'il décrit l'environnement familial dans lequel il a grandi : une mère autoritaire, qui tapait souvent son père. Quand Ahmed défendait son père, il se faisait également frapper. Cette fois-ci, il est très ému et pleure quand il évoque cela. Son père n'était pas souvent à la maison, il se réfugiait dans l'alcool, il ne disait rien, il se cachait, c'était un lâche. Il a des souvenirs de s'être interposé plusieurs fois entre ses parents pour empêcher sa mère de frapper son père.

Ahmed est l'aîné de trois frères et deux sœurs. Il raconte qu'il tapait souvent ses frères et sœurs sans raison ; les jeux qu'il faisait avec d'autres enfants étaient la bagarre, il les tapait. À l'école, il était toujours seul ; il y avait également de la violence envers des enfants. On leur imposait de parler turc, alors qu'à la maison, ils parlaient kurde. Il ne comprenait pas pourquoi. Il a pu commencer le collège, mais l'a interrompu très vite à cause de la pauvreté et de la difficulté à s'exprimer en turc.

À la période de l'adolescence, il se pose beaucoup de questions sur les mouvements politiques et, comme ses parents lui interdisent de s'y intéresser, il prend alors l'option de faire partie d'un parti d'opposition.

À sa majorité, il entre dans l'armée d'opposition et y reste pendant une dizaine d'années. Dans l'armée, on le tapait très

régulièrement et on le forçait à frapper les autres. Il était interdit d'avoir des émotions et des rapports sexuels avec une femme.

À sa sortie de l'armée, il est emprisonné pendant une dizaine d'années pour ses activités au sein d'un parti d'opposition. À cette période, certains membres de sa famille se font tuer, d'autres sont morts de maladie. À sa sortie de prison, il se marie et quitte assez vite son pays pour la Suisse où il dépose une demande d'asile. Il obtient l'asile politique pour lui et sa femme.

3^e partie: Relation transférentielle comme contenant qui permet de s'inscrire dans une relation d'aide

Lors de la première année de ce suivi, Ahmed se retrouvait dans la position de la victime qui continue à être persécutée par la société suisse (exigences d'intégration) et les institutions que je représente (poursuite de sa thérapie avec le collègue au cabinet). Les entretiens étaient envahis par le discours centré sur le traumatisme avec une impossibilité de faire quoi que ce soit.

Par la suite, dans les moments particuliers de sa vie où il va devenir père, il se retrouve plus angoissé et à la fois déprimé à l'idée d'être père. C'est seulement dans ce contexte qu'il peut parler de sa violence autant envers sa femme (violences psychologiques), que ses enfants (cris, fessées, négligence...).

Nous mettons alors l'accent sur comment il peut se retrouver dans une relation avec l'autre. Nous soulignons avec lui le fait que dans toutes les relations qu'il a pu avoir, il était ou bien victime, ou bien bourreau. Cela a également été perçu dans la relation transférentielle: dans un premier temps, il s'est senti persécuté par nous (l'interprète et moi); dans un deuxième temps, il exerçait une grande disqualification et dégoût envers sa mère, sa femme et les femmes en général (que nous étions).

Mais cette fois-ci, c'est un peu différent, car dans nos séances, malgré cette violence qui se vivait (envers nous et envers lui), nous pouvions mettre des mots sur son ressenti. Il pouvait enfin parler et exprimer des émotions de tristesse et de colère devant autrui. Nous avons pu parler de la honte de dire les choses, la honte de dire qu'il a été aussi bourreau dans sa famille et par la suite. C'est en travaillant sur ce rôle d'agresseur, qu'intérieurement, il a pu se sentir démuné, puisqu'il prenait conscience qu'il reproduisait la violence de sa mère. Qu'allions-nous faire? Se taire et être « lâches » comme son père?

Nous étions alors d'accord et convaincus qu'une aide extérieure était nécessaire, et qu'en Suisse, la situation le permettait. Une personne du SPJ a été invitée à nos séances, d'abord pour comprendre le rôle du service, puisque pour rien au monde, il n'aurait souhaité qu'on lui enlève ses enfants qu'il disait à ce moment-là adorer. Une fois rassuré, il a été possible d'inviter sa femme et de discuter, entre adultes, de la bienveillance et de la protection de ses enfants, ici en Suisse.

Ahmed a été témoin et acteur des violences conjugales entre ses parents. Il a dû prendre parti, en s'opposant à sa mère violente. Cette fois c'est lui, qui se retrouve agresseur, comme sa mère, de sa femme et de ses enfants. Notre intervention et celle du SPJ sera ici, une nouvelle possibilité pour lui, de tenter de mettre fin à cette violence, sans pour autant devoir agresser d'autres personnes. Si cela peut se faire maintenant, c'est grâce au contexte culturel dans lequel il se trouve aujourd'hui (en Suisse) mais aussi, et surtout, grâce au travail thérapeutique dans lequel il se sent moins honteux de parler de ses violences.

DISCUSSION

Certain-e-s migrant-e-s sont amenés à fuir leur pays dans le contexte d'une migration forcée. Les motifs mis en avant à ce moment-là sont souvent les raisons explicites qui les poussent à fuir : la guerre, l'emprisonnement, les menaces de mort... Or, en dehors de ces raisons explicites, et en s'intéressant à l'histoire qui précède ces persécutions affichées, on trouve d'autres facteurs en lien avec les traumatismes infantiles qui motivent une sorte de migration forcée implicite.

Ahmed fait partie de ceux qui ont dû fuir leur pays, pour des raisons explicites (emprisonnement, tortures) et implicites (violences intrafamiliales). Nous avons d'abord été confrontés et envahis par les effets du traumatisme en lien avec les violences explicites. Il a fallu d'abord accepter de vivre avec lui, dans les séances, la répétition des scènes traumatiques qui, certes, témoignait de son débordement psychique, mais qui, en même temps, laissait entrevoir l'espoir qu'Ahmed puisse passer à une position active pour maîtriser le traumatisme.

Le fait d'être un futur père a constitué, pour Ahmed, un facteur de crise qui l'a plongé dans une autre sorte de déséquilibre psychique. Cette crise de paternité nous a permis d'élargir

l'exploration de son histoire et d'accéder aux violences infantiles subies. En effet, comme le dit de Coulon¹⁰, l'événement déclencheur de la crise (devenir père) remet sous tension l'histoire du sujet et l'actualise; ce qui donne l'occasion de changement si la crise est traitée en connaissance de cause.

Le travail thérapeutique avec Ahmed nous a d'abord plongés dans une sorte d'impuissance en réponse à son discours traumatique. Dans un deuxième temps, tout en offrant cet espace favorisant la répétition du trauma, nous avons en même temps pu nous décaler petit à petit de ce traumatisme. Ce cadre thérapeutique, qui se révélait contenant, a permis de résoudre la crise de la paternité et d'amener Ahmed à accepter l'aide extérieure.

Il est important de se demander en quoi la culture d'origine d'Ahmed joue un rôle dans la violence envers ses enfants. Il est vrai qu'en Turquie, comme dans les pays de l'Afrique de l'Ouest, les violences intrafamiliales sont répandues. Souvent, dans ces pays, il existe peu ou pas assez de déterminants institutionnels pour y faire face. De plus, le contexte culturel tolère souvent ces méthodes.

En Afrique de l'Ouest, il y a des tensions entre le droit coutumier en lien avec le contexte culturel et religieux et les lois de l'État. La prévalence de viols et de certaines pratiques traditionnelles faites aux filles (mutilations génitales, mariages forcés, mariages précoces, etc.) est élevée. Le recrutement des enfants et des adolescents lors des conflits armés est assez courant, selon le rapport de l'UNFPA sur les adolescents de l'Afrique de l'Ouest et de l'Afrique central.

Dans les années où Ahmed était enfant et adolescent (années 1970), la Turquie vivait une période politiquement très instable, caractérisée par des guerres, des affrontements entre l'extrême gauche et l'extrême droite; la naissance de groupes révolutionnaires et de guérillas.

D'après le rapport publié par la commission de l'immigration et du statut de réfugié au Canada en 2012, il y avait des lacunes sur le plan institutionnel, pour faire face aux violences conjugales: manque de formation adéquate, manque de personnel et de services spécialisés dans la prise en charge, manque d'intimité dans les postes de police pour déposer une plainte, etc.

10. De Coulon, 2021.

Dans les années 1970, ces lacunes étaient probablement encore plus importantes au vu de l'instabilité qui régnait dans le pays. Plusieurs sources¹¹ parlent de la violence faite aux femmes et aux filles en Turquie, depuis de nombreuses années. Le système patriarcal qui y règne, la culture et les traditions font que ces violences se poursuivent malgré la volonté de certaines organisations, dans les années 2000, de faire cesser les violences faites aux femmes.

En revenant au cas particulier d'Ahmed, nous pouvons dire qu'au sein de sa famille, c'est plutôt la femme qui était violente envers le mari. Cela n'est ni courant ni acceptable au niveau culturel. On peut alors se poser la question de l'origine de la violence de la mère envers ses enfants et son mari. Bien que la mère vienne d'une région où le rôle des femmes est important au niveau économique, il se pourrait qu'elle-même ait un vécu de violences dans sa propre famille. S'agirait-il ici d'une violence intrafamiliale qui s'opère sur trois générations ?

Ahmed a vécu une succession d'événements traumatiques depuis sa naissance et, surtout, dans son pays d'origine. Il était déjà comme un étranger dans son pays natal puisqu'il semble que la violence qu'il vivait dans sa famille n'était pas habituelle. Comme le souligne Jean-Claude Métraux¹², il était « migrant » déjà dans son pays d'origine.

Comme le dit Duparc¹³, le groupe familial élargi compte beaucoup plus que l'origine socioculturelle du ou de la migrant-e :

Ce groupe constitue l'aire intermédiaire essentielle pour l'individu, lui permettant de s'intégrer sans aliénation au monde socioculturel plus vaste que sont les idéaux collectifs, économiques, religieux ou politiques d'une cité ou d'un État. Lorsqu'un sujet a vécu un traumatisme suffisamment sévère pour menacer l'étagage de son identité sur le groupe social qui l'entoure, et surtout lorsque ce traumatisme a eu pour effet de dissocier sa famille et les rites familiers qui lui permettaient de se repérer dans la société au sens large du terme, son identité fragilisée se prêtera d'autant plus facilement à une adhésion excessive aux idéaux du groupe, soit dans le sens de l'hyperadaptation, soit dans celui de la marginalité, de la contre-culture.

11. Par exemple, Mercil, 2015.

12. Métraux, 2011.

13. Duparc, 2009, p. 20.

CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

1. Dans le travail clinique avec les migrant·e·s, il est essentiel de s'intéresser aux conditions environnementales et au contexte de l'asile pour préparer un cadre qui permette d'établir une relation de confiance sans laquelle la thérapie n'est pas possible.

2. Les réfugié·e·s sont amené·e·s à nous raconter, dans un premier temps, l'histoire concernant les raisons explicites de leur fuite, comme ils la racontent aux autorités. Nous devons être attentifs·ves au fait que leur histoire ne commence pas au moment de la fuite, afin d'amener aussi les réfugié·e·s à accéder à leur autre histoire, celle d'avant le départ.

3. Le cadre thérapeutique, rassurant et stable, permet d'accéder au fonctionnement individuel du ou de la migrant·e et à celui de sa famille. Ainsi, nous pouvons comprendre le lien qu'il ou elle a, d'une part, avec sa culture et celui qu'il peut avoir, d'autre part, avec les institutions du pays d'accueil, afin de préparer une collaboration qui permette d'intervenir en cas de violences faites aux enfants.

4. Les violences intrafamiliales, répétitives dans l'enfance peuvent donner lieu à un traumatisme complexe qui peut amener à reproduire les comportements violents envers ses enfants, sur plusieurs générations.

5. Le travail thérapeutique avec les migrant·e·s traumatisé·e·s exige d'être attentifs aux réactions contre-transférentielles : le ou la clinicien·ne, ou les institutions, peuvent être pris par des sentiments d'impuissance et d'écrasement et y répondre, comme le ou la patient·e, par des attitudes d'évitement et de reproduction de la violence.

6. Un travail de collaboration avec l'intervenant·e de la protection de la jeunesse doit se faire régulièrement pour rester attentif aux risques qui peuvent survenir dans la relation avec le ou la réfugié·e traumatisé·e.

7. Le contexte socioculturel à lui seul ne suffit pas pour nous aider à comprendre le fonctionnement des personnes migrantes ; en l'occurrence, la violence envers les réfugié·e·s lors de leur enfance joue un rôle déterminant.

PHILIPPE CONNE

EN GUISE DE CONCLUSION

Afin de montrer la complexité multifactorielle de la prise en charge des mauvais traitements endurés par les enfants migrants et d'aborder concrètement la diversité du travail effectué au sein de la CPM d'Appartenances concernant cette problématique, nous avons donné la parole aux praticiennes. Celles-ci soulignent, chacune à sa manière, la nécessité d'un travail particulier dans ces situations en lien avec la migration.

Ainsi, dans leurs récits de suivi psychothérapeutique, on assiste à la progression du processus thérapeutique passant de l'étrangeté à la compréhension du sens, du sentiment d'intrusion au sentiment de soulagement.

Ces deux présentations ont également souligné la nécessité d'une écoute des migrant·e·s qui tient compte de leur histoire, de leur culture et des conditions de leur vie en Suisse. En effet, ces différentes dimensions ne peuvent être négligées si l'on veut préparer un cadre qui permette d'établir une relation de confiance sans laquelle la thérapie n'est pas possible.

Il apparaît dans ces deux présentations de praticiennes que le contexte socioculturel, à lui seul, ne suffit pas à rendre compte des situations de maltraitance parmi les populations migrantes, dans sa complexité.

En effet, il est nécessaire de comprendre l'articulation entre le lien du ou de la migrant·e avec sa culture et celui qu'il ou elle entretient avec les institutions du pays d'accueil. Cela afin de mieux appréhender et de mieux organiser une collaboration entre les différent·e·s intervenant·e·s dans les situations de maltraitance. Par exemple, un travail de collaboration étroite avec les différent·e·s intervenant·e·s de la protection de la jeunesse doit être mis en place afin de rester particulièrement attentif aux risques qui peuvent advenir dans la relation avec le ou la réfugié·e traumatisé·e.

À travers ces exemples de la pratique clinique à Appartenances, il nous semble avoir fait ressortir :

- quelques éléments de maltraitance ;
- la nécessité d'une écoute et d'un dialogue autour de la maltraitance avec les patient·e·s ;
- le travail psychiatrique et psychothérapeutique ;

- l'importance d'un travail de réseau;
- et la nécessité d'une lecture des situations de maltraitance dans un contexte plus large, social et géopolitique.

BIBLIOGRAPHIE

COULON, Nicolas de (2021), *La crise. Stratégies d'intervention thérapeutique en psychiatrie*, nouvelle édition revue et augmentée, Lausanne: Antipodes (première édition: Gaëtan Morin, 1999).

DUPARC, François (2009), «Traumatismes et migrations. Première partie: Temporalités des traumatismes et métapsychologie», *Dialogue*, vol. 185, n° 3, pp. 15-28.

FISHER, Janina (2017), *Healing the Fragmented Selves of Trauma Survivors*, New York: Routledge.

FRYERS, Tom et BRUGHA, Traolach (2013), «Childhood determinants of adult psychiatric disorders», *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 9, pp. 1-50.

KLEINMAN, Arthur et BENSON, Peter (2006), «Anthropology in the clinic: the problem of cultural competency and how to fix it», *PLoS Medicine*, vol. 3, n° 20, pp. 1673-1676.

LI, Susan S. Y., LIDDELL, Belinda J., et NICKERSON Angela (2016), «The relationship between post – migration stress and psychological disorders in refugees and asylum seekers», *Current Psychiatry Reports*, vol. 18, n° 9, 82.

MARMOT, Michael & WILKINSON, Richard (2003), *Social Determinants on Health*, The Solid Facts. WHO.

MERÇİL, İpek (2015), «Les violences contre les femmes en Turquie: entre modernisation et traditionalisme», *Confluences Méditerranée*, vol. 92, n° 1, pp. 193-206.

MÉTRAUX, Jean-Claude (2011), *La migration comme métaphore*, Paris: La Dispute.

MASSÉ, Raymond (1995), «Les apports de l'anthropologie à l'épidémiologie: le cas du rôle étiologique de l'isolement social», *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, vol. 2/1, pp. 102-117.

OVERBECK OTTINO, Saskia von, « Violences extrêmes : le poids de la réalité à l'épreuve de la causalité psychique », *Psychothérapies*, vol. 27, n° 3, 2007, pp. 127-138.

[https://reliefweb.int/files/UNFPA-WCARO-YOUTH-FR-WEB_FINAL], consulté le 24 septembre 2019.

[<https://www.refworld.org/docid/4feadfb2.html>], consulté le 24 septembre 2019.

PARADOXES ET LIMITES DE LA DIMENSION CULTURELLE: PRISE EN CHARGE DES VIOLENCES INTRAFAMILIALES DANS LES FAMILLES MIGRANTES; ÉCLAIRAGE À PARTIR DE TROIS SITUATIONS CLINIQUES

FERDINAND EZEMBÉ

Cette contribution présente une exploration des pratiques de professionnel-le-s, réuni-e-s au sein d'une association Axes Pluriels à Paris, qui accueillent, écoutent et accompagnent des migrants-e-s provenant essentiellement de pays d'Afrique. Elle entend poser des questions essentielles, comme: existe-t-il des violences relevant spécifiquement des migrants tant dans leurs usages que dans leurs formes? De quels outils disposent les thérapeutes dans leur démarche? Ce texte entend aider le lecteur à changer de regard, souvent trop hâtivement posé et définitif, sur les situations de maltraitements, les personnes victimes et les auteurs, dont certaines circonstances sont complexes à démêler.

Existe-t-il des violences psychologiques spécifiques aux migrants? Si oui, faut-il leur proposer une prise en charge particulière? Comment éviter des erreurs de diagnostic? Quelle peut être la démarche des thérapeutes? Voilà quelques questions que cet article se propose d'explorer à partir de l'expérience d'une association dont les thérapeutes sont pour la plupart issus de la migration des pays d'Afrique.

LE CADRE

Les migrants d'origine africaine que nous avons en consultation partagent comme tous les autres des problématiques spécifiques à leur âge ou à leur histoire familiale. Cependant, dans un contexte où existe une forte pression à l'assimilation et une négation de la diversité, ils se vivent comme une minorité. La culture de leurs parents est différente

et souvent méconnue, voire dévalorisée, par les intervenants de la société d'accueil. Nous devons donc tenir compte de cette donnée. Cette prise en charge spécifique prend différents noms : ethnopsychiatrie, psychologie transculturelle, interculturelle, etc. Mais son usage par les intervenants porte une grande ambivalence qui n'est pas sans interroger.

Isabelle Coutant a étudié ce rapport à la culture dans un service de psychiatrie pour jeunes migrants, se posant la question de savoir si « l'origine est discriminante dans la prise en charge de la déviance ? »¹ Elle constate l'ambivalence des soignants à ce sujet. En effet, ces derniers considèrent, de manière générale, qu'étant donné que la plupart de ces adolescents sont nés sur le sol français et y ont grandi, il n'y a pas lieu de les envisager comme relevant d'une approche spécifique. Alain, infirmier congolais, interrogé, affirme que les jeunes suivis sont plus définis par leur « culture de cité » que par leur culture d'origine. Mais il estime aussi que les « jeunes Blacks » sont rassurés quand ils voient « un Black dans l'équipe, ils ne sont pas perdus »². Les soignants de couleur peuvent également constituer une ressource pour l'équipe lorsqu'il s'agit de reprendre des adolescents qui pourraient se sentir victimes de racisme : « Parfois, des vérités sont dites et c'est bien pris quand c'est dit par la personne avec la même peau, sinon ce serait pris comme du racisme »³, conclut Alain.

Yasmina, psychiatre algérienne, confie son sentiment de familiarité avec ce qui peut se jouer à l'intérieur de ces familles :

Les soignants se voient investis d'une expertise implicite concernant la prise en charge des jeunes de même origine, sur les thèmes de la religion, de l'organisation des relations au sein de la famille, d'éventuelles coutumes. Ce qui porte à « comprendre » et à voir du « normal » là où d'autres voient de la déviance, c'est aussi pour Fatna, l'affinité des trajectoires.⁴

La patiente Fatna s'identifie ici à la psychiatre, d'origine maghrébine, comme elle.

À partir de quelques cas cliniques, cet article se propose de réfléchir à la complexité des prises en charge dites culturelles.

1. Coutant, 2010, p. 291.

2. *Idem.*

3. *Idem.*

4. *Idem.*

LE CADRE THÉRAPEUTIQUE

Notre association est située dans le X^e arrondissement de Paris. C'est une structure où s'effectue un travail d'accompagnement social, familial et psychologique. Nous disposons d'un pôle Enfance/Famille, dans lequel une équipe d'animation propose des activités culturelles et éducatives, mises en place au sein de l'espace de vie sociale. La zone de compétence de la structure est habitée par environ 25 500 personnes. Nous sommes situés en zone Quartier prioritaire de la politique de la ville⁵. La part des personnes de nationalité étrangère est plus élevée au sein de la zone de compétence que sur l'ensemble du territoire parisien (19 % contre 15 %). Le territoire est aussi marqué par la présence d'une importante population jeune ; les moins de 30 ans représentent 40 % de la population⁶.

Depuis 2015, l'association a mis en place un groupe de parole avec les habitants dans le cadre de l'espace de vie sociale. De nombreuses femmes que nous recevons sont en situation de monoparentalité. Les divers problèmes familiaux, économiques et sociaux mettent en péril leur santé mentale. En effet, certaines d'entre elles présentent des symptômes dépressifs majeurs ou un état d'épuisement physique, émotionnel et mental lié à leurs conditions de travail. L'origine de ces troubles trouve sa source dans un sentiment d'échec permanent face au quotidien de la société d'accueil. Le soutien et l'accompagnement psychologique classique (écoute, orientation) de ces femmes témoignent d'une perte d'espoir concernant l'amélioration de leur situation et de résultats positifs. Certaines d'entre elles semblent résignées et fatalistes.

Quelques-unes de ces femmes, mariées jeunes à des personnes plus âgées dans leur pays d'origine, n'ont aucune connaissance de leurs droits en tant que femme et citoyenne. La concentration des migrants de même origine dans notre quartier accentue le contrôle des hommes sur ces femmes et le poids des traditions (droit coutumier) et freine ainsi leur émancipation.

Notre association⁷ collabore avec des psychologues de différentes cultures ; l'outil essentiel est la médiation interculturelle. Les thérapeutes ont une approche classique : accueil et entretien dans un local neutre, mais ils pratiquent aussi « l'immersion culturelle » qui consiste

5. Dispositif de la politique de la ville française qui a pour but de réduire la complexité du maillage des zones socialement défavorisées.

6. INSEE, 2011.

7. Axes Pluriels, rue du Château D'Eau 55, 75010 Paris. Tél 0144830364; axespluriels@gmail.com www.axespluriels.org

à aller en consultation des patients à leur domicile, à se faire accepter, ce qui facilite le contact et brise le tabou du cabinet du psychologue, avec un éventuel divan. Les patients ont souvent en face d'eux des parents et non des praticiens étrangers venus analyser leur vie.

Bien évidemment, cette approche pose des problèmes par rapport à la notion de neutralité affective dispensée dans les formations de travailleurs sociaux et de psychologues. Les personnes qui viennent nous voir sont orientées par les services sociaux, parce qu'elles ont des problématiques que ces services n'arrivent pas à résoudre. Cependant, il y a aussi des confusions dans les attentes de nos patientes; certaines viennent parce qu'elles sont convaincues de notre capacité à comprendre leurs problèmes, voire à exonérer certains comportements au nom de la culture. Enfin, certaines viennent se ressourcer; il s'agit en général de personnes en doute qui cherchent une confirmation de leur positionnement culturel. Nous travaillons avec des médiatrices interculturelles qui parlent les langues des patients.

À PROPOS DES MIGRANTS: DE QUOI ET DE QUI PARLE-T-ON?

LA MIGRATION EN FRANCE DES AFRICAINS SUBSAHARIENS

La présence africaine en France remonte aux environs du XVI^e siècle, pendant lequel les explorateurs amenèrent des Africains en France. L'afflux le plus important date des deux guerres mondiales en 1910 et en 1939 avec les soldats nommés « tirailleurs sénégalais », combattants de l'Afrique-Équatoriale française et de l'Afrique-Occidentale française.

La Première Guerre mondiale eut pour conséquence l'arrivée massive des Noirs d'Afrique et d'Amérique en France, soit environ 300 000 soldats noirs⁸. Ceux-ci payèrent un lourd tribut à l'utilisation intensive des tirailleurs, dans l'objectif clair de défendre les intérêts de l'État français. Plusieurs responsables militaires et politiques français, dont Clemenceau, expliquèrent que la mise en première ligne de troupes coloniales permettait d'épargner le sang français qui avait suffisamment coulé⁹.

Pendant la Seconde Guerre en 1940, ces troupes furent de nouveau mobilisées (43 944 prisonniers noirs en 1942). Lors de la grande victoire, l'armée française s'engagea dans le blanchissement

8. Ndiaye, 2008, p. 137.

9. *Ibid.*, p. 133

de ses troupes, selon un ordre qui venait du général de Gaulle ainsi qu'il le relate dans ses mémoires. Arguant de dures conditions climatiques que les Noirs ne pouvaient pas supporter, ils furent envoyés dans le Midi et remplacés par des maquisards. Pap Ndiaye ironise en disant que « ces mêmes troupes avaient valeureusement combattu avec le général Leclerc pendant la période hivernale ». Pour lui, il est clair que les soldats africains furent écartés sans égards¹⁰. La plupart de ces combattants repartiront dans leur pays d'origine à la fin des guerres. Les migrations liées à la poursuite des études commencèrent en 1923. Il s'agissait des instituteurs indigènes qui venaient pour un perfectionnement et de quelques intellectuels, comme Senghor, qui séjournaient pour des études littéraires ou autres.

Les années 1960 marquent le début de l'immigration du travail. Des accords de main-d'œuvre bilatéraux furent signés avec la Mauritanie, le Mali, le Sénégal, puis en 1966, avec le Cameroun, la Côte d'Ivoire, la Haute-Volta et le Bénin¹¹. La France avait besoin d'une main-d'œuvre moins chère et docile pour sa reconstruction et rendre son industrie compétitive. Elle fit appel aux ressortissants de la vallée du fleuve Sénégal (Mali, Mauritanie, Sénégal), où certaines populations comme les Soninkés avaient déjà une tradition de migration¹².

Dans les années 1980, à la suite des difficultés économiques dans les pays africains francophones, on assiste à une troisième vague d'immigration composée de personnes venant de grands centres urbains: des femmes à la recherche d'une émancipation et, surtout, une majorité d'étudiants venus terminer un cycle d'études en France. Ceux-ci ne pourront pas repartir chez eux, d'une part, parce qu'ils n'y trouveraient pas de travail à la hauteur de leur qualification, mais aussi parce que leur pays était soumis à des politiques d'ajustement structurel imposées par les organismes financiers internationaux interdisant, entre autres mesures, le recrutement de nouveaux cadres. Ne pouvant satisfaire aux énormes attentes placées en eux par leurs familles, c'est-à-dire rentrer au pays pour y occuper un poste important dans la fonction publique ou dans

10. *Ibid.*, pp. 159-160.

11. *Ibid.*, p. 160.

12. Le Guilledoux explique que, dans la tradition Soninké, la migration est une initiation à la vie, ainsi une semaine après la naissance de l'enfant, il est rasé, les familles lui offrent de l'argent, ce pactole lui sera remis à sa majorité, lors de son départ. Les colons français auraient utilisé ce trait initiatique pour recruter la main-d'œuvre dans la région de Kayes. En pays Soninké, « Partir c'est notre école », *Le Monde*, 5 avril 1996.

une entreprise privée afin de prendre en charge les membres de la famille élargie, ces étudiants diplômés préféreront un emploi non qualifié en France, mais régulièrement payé, qui leur permettra de remplir, même à distance, la mission qui leur était confiée.

Parmi ces travailleurs africains, une grande partie était alors utilisée dans le secteur privé, à la différence des Antillais, qui l'étaient dans la fonction publique.

De la fin des années 1990 jusqu'à nos jours, une nouvelle catégorie d'immigrés africains défraye la chronique, par leurs errances et les moyens extrêmement risqués qu'ils utilisent pour arriver en France (voyage dans les cales de bateau, traversée de la Méditerranée sur des rafiots). Il s'agit de mineurs isolés ou de familles entières qui viennent des régions où sévit la guerre ou une grave crise sociale, notamment de Côte d'Ivoire, du Mali, d'Érythrée, de Somalie, du Nigéria, etc. Sur un plan sociologique, la situation des migrants africains en France reste assez précaire en dépit, pour certains, d'un niveau d'éducation élevé. Les Africains sont très touchés par l'inactivité et le chômage. Et même quand ils travaillent, « leur salaire horaire est en moyenne de 15 % inférieur à celui de la population majoritaire. Par ailleurs, des difficultés sociales peuvent s'étendre sur une longue période puisqu'il faut respectivement six et sept ans après l'arrivée en France pour que la moitié des femmes et des hommes obtiennent une stabilité minimale, c'est-à-dire un titre de séjour d'au moins un an, un logement personnel et une activité permettant d'être financièrement indépendant. »¹³

De nos jours, lorsqu'il est question de culture du pays d'origine de quoi parle-t-on ? Quand on interroge cette prétendue culture, on se rend compte qu'elle a fortement évolué avec l'urbanisation et la mondialisation à Dakar au Sénégal, Kinshasa au Congo ou Douala au Cameroun. Une grande partie de la population est branchée sur internet¹⁴.

Pourquoi persiste-t-on à parler de la culture des migrants ? Les Africains affirment eux-mêmes que « le séjour d'un tronc d'arbre dans l'eau ne le transforme pas en crocodile ». L'idée ici est celle d'une « permanence des traits culturels » et comportementaux au-delà du changement de cadre ou d'environnement. Pour eux, on peut naître dans un pays, ou y vivre pendant des années, sans perdre ses racines et, en plus, ne pas toujours être perçu comme ressortissant du pays

13. Pannetier, 2018, p. 84.

14. Bonjawo, 2011.

d'accueil. Les migrants africains en France citent régulièrement les exemples des personnalités de la scène française à qui on rappelle toujours les origines étrangères de leurs parents. Ils ont en mémoire Yannick Noah, tennisman. Ce dernier était désigné Français par la presse quand il gagnait un tournoi et Camerounais quand il perdait.

Les migrants eux-mêmes concourent à cette représentation. Le parcours de Kofi Yamgnane, ancien secrétaire d'État français à l'intégration, est une autre facette de ce paradoxe. D'origine togolaise, il avait acquis la nationalité française et suivi une brillante carrière dans l'administration. À la suite de la mort du président togolais Gnassimbe Eyadéma, Kofi Yamgnane déclara à la télévision française : « Je suis Togolais », et il poussa la logique jusqu'à se présenter à l'élection présidentielle du Togo.

Plutôt que de s'enfermer dans le discours stérile de la prise en compte ou non de la culture, il faut s'intéresser à ce qui est transmis dans les familles. Yann Algan et Pierre Cahuc ont travaillé aux États-Unis sur le concept de transmission intergénérationnelle des attitudes sociales¹⁵. Se focalisant sur les Américains de la deuxième génération, c'est-à-dire des personnes nées aux États-Unis, mais dont les parents ont émigré du pays d'origine, ils ont étudié l'influence du pays de résidence sur les réponses aux questions relatives à la confiance mutuelle, en tenant compte des caractéristiques individuelles précédentes.

Il ressort de leur recherche, qu'un « Américain de la deuxième génération d'origine française avait 8% de chance de moins de déclarer faire confiance aux autres qu'un Américain de la deuxième génération d'origine suédoise de même sexe, de même âge, même éducation, même revenu, même affiliation politique et religieuse »¹⁶. Ils concluent à l'existence d'une « corrélation systématique entre les attitudes des personnes nées aux États-Unis et celles des personnes vivant dans leur pays d'origine, cette corrélation tend à démontrer qu'il existe bel et bien une transmission intergénérationnelle des attitudes sociales. Ils ajoutent que les émigrés ont transplanté aux États-Unis une partie des attitudes en cours dans leur pays d'origine. « Le pays d'origine exerce toujours une influence significative sur la confiance envers autrui même pour les Américains de la quatrième génération. »¹⁷

15. Algan et Cahuc, 2007, p. 36.

16. *Idem.*

17. *Ibid.*, p. 38.

Cette dimension de transmission nous oblige à prendre certaines précautions. Sur le plan thérapeutique, de nombreux travaux ont mis en évidence les notions de *misdiagnosis* pour parler des erreurs d'interprétation de diagnostic de la maladie mentale pour des populations non occidentales¹⁸. Que nous enseigne la clinique ?

PREMIER CAS

M^{me} Fatou, 28 ans, née en France, est mariée et mère de deux enfants. Ses parents sont originaires de Gambie. Elle a connu son conjoint via Facebook. Elle est signalée par les services sociaux pour un suivi, à la suite de violences intrafamiliales ayant abouti au placement de ses deux enfants, de 2 ans et 6 mois. Les motifs invoqués étaient des négligences et des absences de soins des enfants : « Rythme de sommeil non respecté, alimentation insuffisante et inadaptée entraînant une cassure de courbe du poids, absence de stimulation des enfants demeurant quotidiennement et en permanence avec leur mère, sans activité extérieure ni relais familial ou amical. Logement sale et insécurisé. » Ces arguments ont été contestés par M^{me} Fatou qui nous avait présenté le rapport de son médecin traitant – lequel ne trouvait rien à redire sur l'état des enfants – contredisant les conclusions de la Protection Maternelle Infantile. Elle affirmait par ailleurs faire des sorties régulières avec ses enfants dans le parc. Elle reconnaissait l'exiguïté du logement où elle est installée avec ses enfants, mais relatait qu'elle avait fait une demande auprès des services sociaux pour avoir un logement plus grand.

M^{me} Fatou avait été signalée aux services sociaux par son mari qui l'accusait d'être radicalisée à l'islam. Il était inquiet pour ses enfants, car son épouse passait des nuits à prier et si les enfants pleuraient, elle ne s'en occupait pas. Le juge estima alors que les enfants étaient en danger sur les plans physique, psychique et intellectuel. L'opposition de M^{me} Fatou à toute intervention sociale conduisit à un placement immédiat des enfants dans une pouponnière. Il fut précisé que « le mari aura droit à des visites et un éventuel hébergement s'il trouve un logement ; quant à M^{me} Fatou, un réel travail sur son positionnement éducatif et son rôle maternel devra se faire avec les services de l'Aide Sociale à l'Enfance. »

18. Radjack, Baubet, El Hage, Taieb, Moro, 2012.

Lors des entretiens que j'aurai avec cette dame, la version des faits sera différente. Elle dénonce d'abord un mari violent qui la frappait tout le temps. Ils se disputaient parce qu'il voulait qu'elle aille accoucher aux États-Unis, pour qu'il soit père d'un enfant né dans ce pays. Le refus de M^{me} Fatou de répondre à cette exigence entraîna le courroux du mari et des bagarres régulières s'ensuivirent. En fait, elle avait découvert que son mari avait une fiancée aux États-Unis et qu'il souhaitait tout simplement la rejoindre.

À la suite de l'opposition de sa femme, il a décidé de se venger. Il a appelé la police pour se plaindre de sa radicalisation. Effectivement, M^{me} Fatou se présente entièrement voilée, seul son visage est visible. Lors des entretiens, elle proteste contre la manière dont elle a été traitée par les services sociaux. Les enfants ont été placés sans tenir compte de son avis. On lui a reproché de ne pas bien les nourrir, de ne pas les faire dormir à des heures régulières et de ne pas sortir avec eux dans les parcs... Elle ne s'estime pas du tout radicalisée, pratiquant un islam « normal ». Le soir, elle prie et écoute les émissions sur l'islam. Elle ne comprend pas qu'elle soit privée de visite à ses enfants. Lui demandant de s'expliquer à ce propos, elle nous déclare qu'elle n'a droit qu'à une heure de visite par semaine, alors qu'elle habite à deux heures du lieu où ses filles sont hébergées. « Qu'ai-je fait pour mériter un tel sort ? » se plaint-elle.

Pour avoir plus d'éléments sur cette situation, nous avons organisé une synthèse avec les travailleurs sociaux s'occupant de la famille. Lors de cette réunion, nous avons présenté les doléances de M^{me} Fatou qui souhaitait reprendre ses enfants. Nous avons surtout fait valoir le fait qu'elle n'avait droit qu'à une heure de visite pour voir ses enfants. L'éducatrice en charge de la situation a répondu : « On ne va pas faire une loi spéciale pour vous. C'est une décision du juge et, de toute manière, à la fin du mois, si vous ne changez pas de comportement, le juge prononcera un placement définitif de vos enfants, puisque vous ne comprenez rien. »

Ces propos ont choqué tous les participants. Nous avons fait remarquer à cette éducatrice que la demande de cette dame était légitime, qu'elle souhaitait juste passer plus de temps avec ses enfants. Qu'y avait-il de criminel à cela ? Sur ce, l'éducatrice s'est braquée et a accusé M^{me} Fatou de ne pas se comporter correctement avec les enfants, sans dire concrètement ce qu'elle lui reprochait. M^{me} Fatou décida à son tour qu'elle ne souhaitait plus voir cette éducatrice et que « Dieu lui rendra ses enfants ».

La tension montant, entre les deux protagonistes, nous avons interpellé M^{me} Fatou sur le fait qu'il s'agissait d'une décision du juge et non de l'éducatrice, et qu'elle avait intérêt à collaborer. De notre côté, nous lui avons assuré tout le soutien psychologique nécessaire devant sa détresse de ne pas avoir ses enfants à ses côtés. Entretemps son mari violent était parti du domicile. Notre médiatrice proposa de revoir l'éducatrice, pour l'aider à comprendre cette situation. La réunion se termina sur cette proposition. À notre grande surprise, la semaine suivante, M^{me} Fatou nous apprenait qu'elle avait été reçue par son éducatrice, qui avait été très gentille. La psychologue de l'Aide Sociale à l'Enfance nous avait aussi contactés pour discuter les mesures visant à assurer un meilleur accompagnement de cette dame. Le service avait ensuite encouragé M^{me} Fatou à faire appel de la décision de placement de ses enfants.

COMMENT PARLER UN LANGAGE COMMUN

POUR LE BIEN-ÊTRE DES PERSONNES SUIVIES ?

La situation de M^{me} Fatou pose la question de l'adéquation entre les ambitions des acteurs, l'analyse qu'ils font de la situation des familles et des enfants dont ils ont la charge, et la manière dont les familles perçoivent cette action et les éventuels bénéfices qu'ils peuvent en tirer.

Il est nécessaire d'avoir une meilleure connaissance des populations auxquelles les actions sont destinées. Généralement, nous avons plus à faire à des populations vulnérables (du fait des parcours migratoires ou des conditions socioéconomiques ou des deux en même temps) qu'à des personnes traumatisées (en faible nombre). Ces personnes ont développé des capacités d'adaptation à leur environnement avant la rencontre avec des travailleurs sociaux. Il est donc important pour les acteurs sociaux de reconnaître et de valoriser ces capacités. Au lieu d'étudier les faiblesses, les carences, et les moyens de les compenser, nous commençons par rechercher les forces et comment les utiliser.

DEUXIÈME CAS

M^{me} Maïmouna nous est adressée par les services sociaux pour des violences intrafamiliales. Elle vit depuis deux semaines dans un hôtel social, complètement recluse, refusant de s'alimenter et ne parlant à personne. Son fils de 1 an, qui vit avec elle, est en danger.

Nous recevons cette jeune dame de 25 ans d'origine malienne avec une interprète, car elle ne parle pas français. Elle accepte après plusieurs heures de négociation avec notre médiatrice, elle aussi malienne, de sortir de sa chambre pour cet entretien. Elle nous raconte son histoire, son arrivée en France, deux ans auparavant, dans le but de rejoindre son mari qui l'avait épousée au Mali. Un an après son arrivée en France son mari décéda brutalement. Son calvaire commençait. Elle fut enfermée pendant quatre mois dans une chambre par sa belle-famille sans possibilité de sortir, sa belle-famille la nourrissant quand bon lui semblait. Au bout de cette période de veuvage, sa belle-famille fit venir le petit frère de son mari qui vivait en Espagne pour l'épouser. Elle s'opposa à cette union, mais la belle-famille l'obligea à céder.

Selon ses dires, elle fut régulièrement violée par ce monsieur. Ne sachant pas parler français et n'ayant aucune échappatoire, elle a vécu douloureusement ces moments. Au départ de ce mari furieux vers l'Espagne, la belle-famille lui a présenté d'autres prétendants. Elle opposa toujours un refus ; elle ajouta qu'elle aurait été droguée, et des inconnus auraient eu des rapports sexuels avec elle. De ces relations naîtra un jeune enfant qu'elle appellera Mamadou. Sa belle-famille avait confisqué son titre de séjour, dont elle dépendait pour tous ses besoins. Un jour, épuisée par cette violence, elle s'est échappée de la maison avec son fils, sur le dos. Elle a marché le long de la route la plus proche avant de tomber d'épuisement. C'est de là qu'elle sera récupérée par les services sociaux et placée dans cet hôtel social.

Les entretiens avec la médiatrice ont d'abord consisté à la rassurer et à avoir beaucoup d'empathie pour ce qui lui était arrivé. À son grand étonnement, on lui apprend que le comportement de sa belle-famille est condamné par les professionnels qui lui disent qu'aucune tradition n'autorisait ce genre d'attitude, aussi bien au Mali qu'en France. Vu son état de maigreur, nous lui avons demandé de s'alimenter, ce qu'elle a catégoriquement refusé. Je lui ai proposé de le faire pour Mamadou son fils, très triste de voir sa mère dans cet état. Elle a levé les yeux et m'a regardé. J'ai ajouté alors que Mamadou, plus tard, serait heureux d'avoir sa mère à côté de lui et que nous étions là pour l'aider. Elle m'a longuement fixé et m'a demandé si elle pouvait avoir des oranges. Ma collègue a proposé d'aller lui en chercher. À la fin de cette première séance, nous lui avons promis d'aller lui rendre visite à l'hôtel social pour voir l'état de sa chambre. Elle a acquiescé.

Mais deux jours plus tard, nous apprenions qu'elle avait été hospitalisée au service de psychiatrie et que son enfant avait été placé en pouponnière. La psychiatre a demandé à nous rencontrer, car M^{me} Maïmouna refusait de parler. « Elle veut voir le grand Monsieur Noir. » Je me suis rendu à l'hôpital avec la médiatrice et j'ai expliqué à M^{me} Maïmouna qu'elle devait prendre les médicaments et s'alimenter pour « elle et Mamadou ». Elle a accepté, mais m'a demandé de la sortir de l'hôpital, car elle n'est pas folle. J'ai proposé d'en parler à la psychiatre. Elle nous a suivi jusqu'à la porte en suppliant de ne pas la laisser là. Dans les jours qui ont suivi, lors d'une visite, la psychiatre nous a dit que M^{me} Maïmouna prenait bien ses médicaments. La psychiatre envisageait dans les jours à venir, une visite médiatisée avec son enfant.

Par la suite, des visites régulières avec la médiatrice amélioreront sensiblement son état. Nous avons entretemps pu rétablir le contact avec sa mère restée au Mali. Avec l'autorisation de l'hôpital, elle a pu lui parler régulièrement. Les contacts avec sa belle-famille en France ont été interrompus. Notre médiatrice a engagé une procédure pour qu'elle puisse régulariser sa situation administrative. Elle est sortie de l'hôpital et, en coordination avec la psychiatre, il a été envisagé qu'elle rejoigne bientôt un foyer mère-enfant.

Quelle leçon tirer de cette intervention ? Plusieurs axes peuvent être évoqués :

Nous avons travaillé en réseau : Il faut reconnaître ici le rôle essentiel joué par le partenariat avec le milieu hospitalier. La psychiatre a su faire appel à notre compétence, pour traiter cette situation plutôt que de chercher à se l'accaparer. Cette attitude a donné une perspective d'ouverture et de continuité à notre patiente, permettant ainsi une bonne alliance thérapeutique.

Décloisonner la famille : Le fait d'avoir distingué la famille maltraitante de son ex-mari en France et celle restée au Mali, a probablement libéré la parole et permis de faire ressortir les souffrances qui n'étaient pas prononçables dans un milieu qui l'opprimait au nom des alliances familiales.

Développer la confiance : M^{me} Maïmouna a compris que nous étions là pour l'aider et non pour la soigner, ce qui a permis de faire appel à nos services comme recours pour renouer un lien avec la société.

Enfin, le succès de cet accompagnement est dû à la complémentarité entre la médiatrice et le psychologue. L'un et l'autre ont joué

des rôles de parents de substitution. Dans le contexte des familles africaines, elles ont été ces personnes auxquelles les enfants se confient quand le dialogue ne passe plus avec les parents, et auxquelles ces derniers confient aussi le rôle de médiateurs quand ils ne trouvent pas les mots ni le temps de dire les choses.

TROISIÈME CAS

M. Kasanta est d'origine congolaise. Il vient nous voir à l'Association sur la recommandation de l'assistante sociale scolaire où sa fille va à l'école. Il est dépassé par le comportement de cette dernière, dont il a une peur terrible. Il ne lui arrive que des malheurs en France. Depuis cinq ans, il n'a jamais réussi à se faire régulariser. Après l'arrivée de sa fille du Congo, il a été convoqué à la préfecture pour présenter sa situation. « En arrivant, dit-il, il ouvre sa serviette, et constate qu'une partie des documents qu'il devait présenter avait disparu. » Il était pourtant convaincu de les avoir pris avec lui en allant à son rendez-vous. De même, chaque fois qu'il cherchait du travail, il était appelé et essayait des refus au dernier moment. Sa femme était tout le temps malade. Sa fille, arrivée du Congo, aurait reconnu être une sorcière. Elle tiendrait cette sorcellerie de son grand-père maternel. Au moment où ce père vient nous rencontrer, il a par ailleurs déjà vu un pasteur pour exorciser le mal que cette fille porte en elle. Il nous confie que s'il n'y a pas de changement majeur, il renverra cette fille en Afrique.

Au cours de nos entretiens avec la fille, celle-ci se montre triste et renfermée. Elle ne reconnaît pas ce dont l'accuse son papa. Elle parle beaucoup de sa maman restée au Congo. Nous proposons au père un accompagnement social pour les démarches administratives. Il sera aidé par un médiateur de l'Association.

Les entretiens avec le père révèlent que la femme avec laquelle il vit en France n'est pas la mère de sa fille, qui est issue d'une première union. Il a fait venir cette fille parce que sa femme actuelle ne peut pas avoir d'enfant. Mais il s'avère qu'il a pris cette décision sans demander l'avis de cette dernière, qui vit mal la présence dans sa maison de la fille de sa rivale.

M. Kasanta est très fidèle aux rendez-vous. Il tient à sa régularisation administrative et arrive toujours avec tous ses documents. Lors d'un rendez-vous, on lui fait entrevoir la perspective de se faire reconnaître comme réfugié politique. Depuis lors, il a renoncé à

renvoyer sa fille au Congo et accuse maintenant son frère, resté au Congo, d'être en réalité l'auteur de tous ses malheurs, jaloux de son séjour en Europe. La situation de la jeune fille s'est améliorée; elle est plus épanouie et a de meilleurs résultats scolaires. Les services sociaux ne parlent plus de maltraitance.

QU'EST-CE QU'UN ENFANT SORCIER DANS L'IMMIGRATION ?

Les enfants accusés font souvent partie d'une famille recomposée. Ils sont venus rejoindre un de leurs parents en France. Nouvellement arrivés, ils cristallisent les échecs du projet migratoire de ces derniers. La maltraitance s'observe durant la première année de leur arrivée.

Dans la plupart des cas, ces enfants représentent une charge économique pour des parents en difficulté. Sans revenus fixes, ils vivent des minima sociaux et bien souvent ne bénéficient pas automatiquement d'allocations familiales pour leurs enfants, en raison de la précarité de leur statut résidentiel. Les frustrations sont alors reportées sur les enfants au statut mal défini.

Au-delà des aveux qui peuvent leur être arrachés par les adultes, ces enfants ont probablement un message qu'ils souhaitent faire passer. Dans notre situation, cette jeune fille, perçue comme sorcière, ne voulait-elle pas reprocher à son père l'abandon de sa mère au profit d'une autre femme? D'où le fait qu'elle tienne sa sorcellerie de son grand-père maternel? Ne serait-ce pas une revanche des enfants sur les adultes?

QUE RETENIR DE CES TROIS SITUATIONS ?

La famille immigrée est une «famille en souffrance», car la transplantation entraîne des difficultés relationnelles avec le monde extérieur de la société d'accueil, mais elle amène aussi des perturbations manifestes dans le fonctionnement familial proprement dit. Pour survivre, la famille immigrée se défend contre le monde extérieur qui lui paraît souvent hostile. Cela se traduit par la mise en œuvre de mécanismes de défense qui malheureusement ne facilitent pas les relations interpersonnelles, ce qui entraîne un état de tension permanent, lui-même l'expression d'une souffrance. D'où la violence observée de la part des parents sur leurs enfants, comme cela apparaît dans la troisième situation évoquée, celle de M. Kasanta et sa fille.

La relation des migrants avec les institutions socioéducatives est, dans certains cas, un lieu d'affrontements interculturels, la société d'accueil imposant aux migrants une vision unilatérale de la santé et des soins, dans le mépris de prises en charge alternatives, notamment de la médiation. La violence psychologique observée dans les pratiques familiales, sociales et juridiques chez les migrants en France est le résultat d'une interaction anormale entre la culture d'origine des parents et le projet socioéducatif de la société d'accueil. La médiation interculturelle est alors l'une des voies pour réduire ces tensions et réintroduire une parentalité acceptée par tous (situation n°1, M^{me} Fatou).

Enfin, le relativisme est le piège à éviter. En situation interculturelle, le thérapeute devrait dire ce qui est de la culture dans ses aspects critiques. Dans le cas de M^{me} Maïmouna, il nous a paru très important de dire, comme Africain – c'est une posture qui peut aider – ce qui est permis et ce qui est interdit dans cette culture, pour lever toutes les équivoques. La culture d'origine ne saurait être une prise de parole unilatérale, au risque de brouiller les repères des patients migrants qui ne la vivrait que sous le mode de la souffrance, alors que cette culture a par ailleurs beaucoup d'aspects positifs.

CONCLUSION

En clinique, les familles ne sont ni l'un ni l'autre, mais souvent l'un et l'autre ou alors quelque chose en mouvement, en pleine construction. Certains individus considèrent la culture dite du pays d'origine comme un poids et souhaitent s'en libérer. Est-il alors pertinent de les renvoyer à leurs origines? D'autres sont en manque de repères dans une société d'accueil elle-même en crise. Faut-il accélérer leur intégration? Cette instabilité peut-elle générer une angoisse et de la violence?

Plusieurs pistes sont à envisager. Premièrement, nous devons reconsidérer quelques concepts : quelle est la place de l'enfant dans la famille? Comment est conçu son épanouissement? Pour les parents, qu'est-ce que réussir dans un parcours migratoire? Dans quelle démarche nous positionnons-nous? Celle de l'assimilation ou de l'adaptation? À titre d'exemple dans une culture où l'individu s'épanouit dans la densité des relations sociales qu'il établit, la demande croissante d'autonomie d'un adolescent peut paraître oppressante voire, destabilisante pour une famille. Quelle signification collective

est donnée par une communauté culturelle à un événement traumatique? Quels sont les facteurs de protection de l'individu? Il faut envisager une écoute plus vigilante de certains phénomènes comme le racisme, les conflits avec les parents, la résurgence de certains comportements liés à l'histoire et l'intégration des systèmes de croyances.

Il est important que les parents deviennent des partenaires et pas seulement des bénéficiaires d'une politique faite, malgré eux et souvent sans eux. La mise en place de groupes de parole où participent des parents et des professionnels, supervisés par des professionnels de l'interculturel peut permettre de construire un projet lisible pour les uns et les autres.

Pour cette clinique de la Traversée, cette idée s'inspire des travaux du philosophe Jean Godefroy Bidima¹⁹ pour qui la traversée « conjugue à la fois les possibilités historiques existant dans le tissu social et les tendances et motivations subjectives qui poussent les acteurs historiques vers un ailleurs. C'est au croisement de l'objectivité et de la subjectivité que quelque chose d'autre peut advenir. La Traversée s'occupe des devenirs, des excroissances et des exubérances, elle dit de quels pluriels une histoire déterminée est faite. Elle ne cherche aucune essence africaine, mais tout en ne négligeant pas les vicissitudes de l'histoire, la Traversée réaffirme que ce monde est loin d'être un *ordo sempiternus rerum*, il n'a rien d'un processus sans bavures, ne possède aucune aptitude à constituer un décor fermé; sans cesse se libèrent de ce qu'il est devenu des percées vers une autre possibilité à savoir considérer les patients non plus en fonction de l'origine, mais du projet qu'ils veulent mettre en place.

Porter un autre regard sur la prise en charge des personnes maltraitées et maltraitantes. Si le travail sur la résilience se fonde sur le développement personnel, les effets de contexte sont cruciaux: présence des structures socioéducatives, d'un bon réseau parental, d'une communauté éducative bienveillante. Il est aussi important, comme le dit le Dr Manciaux²⁰, que « le développement de la résilience passe pour les professionnels par un autre regard sur la réalité, en vue d'un meilleur usage des stratégies d'intervention. Il amène à abandonner tout déterminisme transgénérationnel automatique et tout perfectionnisme afin que la personne, la famille, cherchent, dégagent et se construisent un chemin de vie. » Il s'agit d'un regard positif.

19. Bidima, 2002, p. 7.

20. Manciaux, 2001, p. 18.

BIBLIOGRAPHIE

ALGAN, Yann et CAHUC, Pierre (2007), *La société de défiance: comment le modèle social français s'autodétruit?* Paris: Éditions ENS.

BIDIMA, Jean-Godefroy (2002), «De la traversée: raconter des expériences, partager le sens», *Rue Descartes*, vol. 2, n° 36, pp. 7-18.

BONJAWO, Jacques (2011), *Révolution numérique dans les pays en développement: l'exemple africain*, Paris: Dunod.

COUTANT, Isabelle (2010), «L'origine est discriminante dans la prise en charge de la déviance? Une étude dans un service de psychiatrie pour adolescent», in Éric Fassin (éd.), *Les nouvelles frontières de la société française*, Paris: La Découverte.

INSEE (2011), *Recensement de la population*, Paris: INSEE.

PANNETIER, Julie (2018), «Liens transnationaux et santé mentale: de la nécessité du Lien entre ici et là-bas? Le cas des migrations africaines en Île-de-France», *Revue européenne des migrations internationales*, 34 (2), pp. 79-99.

MANCIAUX, Michel (2011), *La résilience: résister et se construire*, Genève: Cahier Médicaux Sociaux.

RADJACK, Rahmethnissah, BAUBET, Thierry, EL HAGUE, Wissam, TAIEB, Olivier et MORO, Marie-Rose (2012), «Peut-on objectiver et éviter les erreurs diagnostiques en situation transculturelle?», *Annales médico-psychologiques*, vol. 170, n° 8, pp. 591-595.

NDIAYE, Pap (2008), *La condition noire*, Paris: Calman Levy.

REGARD TRANSCULTUREL SUR LES CONSÉQUENCES DES MAUVAIS TRAITEMENTS À L'ENFANCE ET APPROCHE THÉRAPEUTIQUE

KOSSI BLEWUSSI KOUNOU

Les mauvais traitements de l'enfance constituent un enjeu majeur et un phénomène qui se retrouve dans tous les contextes socioculturels. Il s'agit d'une réalité n'épargnant aucun pays du monde, quel que soit son classement selon l'indice de développement, qu'il soit un pays à revenus faibles, moyens ou élevés. En fonction des réalités culturelles de certains d'entre eux, il peut arriver qu'il y ait des différences selon la nature des mauvais traitements perpétrés durant l'enfance et leur fréquence. Ces mauvais traitements ont des conséquences ultérieures dommageables dans le développement des individus victimes. Les influences négatives des mauvais traitements ou de la maltraitance de l'enfance sont des préoccupations dans certains pays qui mènent des recherches régulières pour documenter les conséquences ultérieures de ces pratiques. Par exemple, au Québec, des enquêtes régulières sont réalisées pour mettre au jour des maltraitements familiaux envers les enfants, alors que dans de nombreux pays africains, des données nationales fiables manquent sur l'ampleur de ce phénomène. Après avoir examiné l'existence d'une quasi-universalité des maltraitements de l'enfance, nous évoquerons quelques différences culturelles de ces maltraitements constitués d'abus et de négligences. Enfin, nous évoquerons certaines de leurs conséquences en fonction du milieu et le regard transculturel indispensable dans le traitement efficace de ces maltraitements et ce, quel qu'en soit le type.

QUASI-UNIVERSALITÉ DE L'EXISTENCE DU PHÉNOMÈNE DE MAUVAIS TRAITEMENTS À L'ENFANCE

DÉFINITION DE MAUVAIS TRAITEMENTS

La maltraitance des enfants recouvre plusieurs problèmes dont sont victimes les enfants et les adolescent-e-s. Elle renvoie aux mauvais traitements physiques et affectifs, aux sévices sexuels, au manque de soins ou à la négligence envers les enfants, ainsi qu'à leur exploitation commerciale ou autre. La maltraitance envers les enfants peut avoir lieu dans plusieurs contextes, tant à la maison, dans la sphère familiale, qu'à l'extérieur de la famille. Ainsi, les membres de la famille, les ami-e-s, les étrangers et étrangères, les enseignant-e-s, les personnes qui s'occupent des enfants, etc., peuvent tous être à l'origine de maltraitements à leur égard. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définissait les maltraitements de l'enfance comme « toutes les formes de mauvais traitements physiques et/ou affectifs, de sévices sexuels, de négligence ou de traitement négligent, ou d'exploitation commerciale ou autre, entraînant un préjudice réel ou potentiel pour la santé de l'enfant, sa survie, son développement ou sa dignité dans le contexte d'une relation de responsabilité, de confiance ou de pouvoir »¹. Cette définition de l'OMS, pour explicite qu'elle soit, peut se ventiler en deux grands types de mauvais traitements : les abus et les négligences. Les abus peuvent être de nature émotionnelle, physique ou sexuelle tandis que les négligences peuvent être émotionnelles ou physiques. Ainsi définis, il va sans dire que les mauvais traitements ne sont pas l'apanage d'un milieu socioculturel, mais qu'ils habitent bien plutôt dans différentes cultures. Que l'on soit issu d'une population autochtone ou de la migration, on peut être concerné par au moins une forme parmi ces mauvais traitements.

QUASI-UNIVERSALITÉ DES MAUVAIS TRAITEMENTS

Moro, Heidenreich et Baubet² ont intitulé l'un des chapitres de leur livre « On dit aimer les enfants partout, on les maltraite aussi partout... Approche transculturelle de la maltraitance ». Ce titre très évocateur met l'accent sur l'aspect transculturel de la notion de maltraitance à travers les cultures et le temps, à partir de leur pratique quotidienne de clinique transculturelle. La littérature est

1. OMS, 2006, p. 10.

2. Moro, Heidenreich et Baubet, 2005.

unanime pour dire que les mauvais traitements sont une réalité transculturelle avec certaines nuances sur le type de mauvais traitements et/ou leurs fréquences.

Selon l'OMS³, un quart (25 %) des adultes déclarent avoir été victimes de violences dans leur enfance. Ce chiffre est même encore plus élevé dans certaines études et dans des pays moins développés. Trocmé⁴ soutenait que, selon les estimations internationales, 10 à 20 % des enfants subiraient des maltraitements avant leur majorité (18 ans). Dans une étude récente, Lachal⁵ faisait remarquer que les châtiments corporels envers les enfants continuent à être pratiqués et font même partie des méthodes éducatives dans de nombreux pays, y compris la France. Certains dictons défendent et soutiennent même l'utilisation des sévices corporels comme le rapportait Lachal⁶ : « Si tu ne fais pas pleurer les enfants, c'est toi qui pleureras plus tard », ou selon les Ewés du Togo : « C'est le bâton qui éduque l'enfant ».

Ces pratiques, parfois ancestrales, permettent de légitimer certaines formes de maltraitements telles que les sévices corporels qui peuvent ainsi se pérenniser. Au niveau mondial, selon les études effectuées, environ 20 % des femmes et 5 à 10 % des hommes déclaraient avoir été victimes de violences sexuelles dans leur enfance⁷. Le bureau régional pour l'Europe de l'OMS, dans son rapport de 2013⁸, estimait à plus de 18 millions le nombre d'enfants et de jeunes âgés de moins de 18 ans victimes chaque année de maltraitance en Europe. Dans ce rapport, les différentes formes de maltraitements rapportées en se fondant sur 50 études étaient : 29,1 % de sévices psychiques, 22,9 % de sévices physiques et 13,4 % de sévices sexuels chez les filles contre 5,7 % chez les garçons. Si, en Europe, quelques données sur l'ampleur des maltraitements d'enfants existent, des données fiables sont plus rares dans le contexte en Afrique subsaharienne, où il existe une absence, voire une carence, de données épidémiologiques sur certains problèmes de santé. Dans une revue de la littérature, Hillis et ses collègues⁹ estimaient les prévalences des violences de l'enfance (quelles qu'elles soient) au cours

3. OMS, 2016.

4. Trocmé, 2008.

5. Lachal, 2018.

6. Lachal, 2018, p. 239.

7. OMS, 2006.

8. Bureau régional de l'Organisation mondiale de la santé, 2013.

9. Hillis, Mercy, Amobi et Kress, 2016.

de l'année 2015 à 59 % dans les pays en voie de développement contre 44 % dans les pays développés. Dans cette revue, les auteurs ont trouvé qu'en considérant les moyennes des deux classes d'âge (2 à 14 ans et 15 à 17 ans), les estimations des prévalences des violences de l'enfant de l'année 2015 peuvent atteindre, voire dépasser, les 50 % pour l'Afrique, l'Asie et l'Amérique du Nord et aller au-delà des 30 % en Amérique latine. La synthèse des résultats d'au moins une forme de violence de l'enfance sur l'année écoulée, pour la tranche d'âge de 2 à 14 ans, enregistre des fréquences dépassant 60 % en Amérique du Nord et en Amérique latine, 70 % en Europe, 80 % en Afrique et en Asie. Notons tout de même qu'il existe de multiples difficultés concernant la collecte des données dans les études épidémiologiques des mauvais traitements à l'enfance. Certaines études se fondent sur l'observation des mauvais comportements actuels sur les enfants, tandis que d'autres évaluent ces violences de l'enfance de façon rétrospective. En fonction du pays, du protocole de recherche, des chercheurs et des chercheuses, diverses techniques sont utilisées dans le recueil des données épidémiologiques. Des travaux se fondent sur des entretiens cliniques standardisés ou semi-standardisés, des questions fermées, des questionnaires validés, des autoquestionnaires, des enquêtes écrites, des entretiens téléphoniques, etc. Certaines études portaient sur l'incidence ou la présence de ces mauvais traitements de l'enfant au cours d'une année tandis que d'autres s'intéressaient à la prévalence de ce fléau sur plusieurs années ou de l'enfance jusqu'à l'adolescence. Ces différentes approches méthodologiques pourraient aussi en partie expliquer les variations de prévalence rapportées dans les travaux susmentionnés.

VARIATION DANS L'APPRÉHENSION DE LA MALTRAITANCE SELON LES CONTEXTES CULTURELS

La littérature soutient que la perception des abus et/ou des maltraitements varie en fonction de la culture. Déjà dans les années 1980, les expert-e-s en matière de la maltraitance envers les enfants suggéraient que les perspectives interculturelles devaient être prises en compte lors de l'examen des comportements abusifs envers les enfants¹⁰. Selon Fakunmoju et ses collègues¹¹, les connaissances actuelles sur

10. Kempe, 1982; Korbin, 1981.

11. Fakunmoju *et al.*, 2013.

la perception de la maltraitance découlaient des données recueillies dans différentes régions du monde. Agathonos-Georgopoulou¹² considérait que, pour avoir les connaissances sur la maltraitance des enfants au niveau mondial, on devrait prendre en compte les différences culturelles et les situations de vulnérabilité auxquelles les enfants peuvent être exposés. Pour Segal et Iwai¹³, les études sur la perception des maltraitements devaient dépasser les perspectives nationalistes pour permettre l'élaboration d'une définition de comportements des parents pouvant constituer un abus sur les enfants et ayant un impact sur leur développement. En prenant en compte les éléments susmentionnés sur la perception de la maltraitance des enfants, Fakunmoju et ses collègues¹⁴ soutenaient que la connaissance culturelle a, par essence, un potentiel d'information et de formulation de politiques et de mise en œuvre stratégique des lois sur la protection de l'enfance aux niveaux local et international. Selon la Convention des Nations Unies sur les droits de l'enfant, au niveau mondial, il existe un consensus élevé sur l'exploitation sexuelle des enfants, tandis que des différences existent au niveau des régions en ce qui concerne le travail des enfants, les abus physiques et psychologiques. Fakunmoju et ses collègues¹⁵ considéraient qu'il existerait une différence de prévalence de certaines formes de violence envers les enfants entre les États-Unis, le Ghana et le Nigéria et même à l'intérieur de chaque État, des différences de prévalence peuvent exister d'une région à l'autre. Dans les lignes suivantes, nous présenterons quelques différences non exhaustives de maltraitements de l'enfance en fonction des variations de contextes socioculturels ou entre différents pays.

Les modalités éducatives peuvent varier d'une culture à l'autre, de même que l'implication des parents et de la société vis-à-vis des enfants. Ce faisant, il existe des différences ou des disparités dans l'appréhension même et les fréquences de maltraitements de l'enfance à travers le monde. Gilbert et ses collègues¹⁶ trouvaient une fréquence de 10 % dans les pays développés, alors qu'au Togo (pays en voie de développement de l'Afrique subsaharienne), Dassa et ses collègues¹⁷ trouvaient 76,6 % des cas de maltraitements de l'enfance.

12. Agathonos-Georgopoulou, 1992.

13. Segal et Iwai, 2004.

14. Fakunmoju *et al.*, 2013.

15. *Idem.*

16. Gilbert *et al.*, 2009.

17. Dassa *et al.*, 2005.

En Suisse, selon les chiffres de la Société suisse de pédiatrie¹⁸, il y a annuellement plus de 1000 nouveaux cas de maltraitements d'enfants référés dans les hôpitaux (1502 en 2018 et 1730 en 2017). Ces chiffres n'éclairent qu'une partie de la réalité, dès lors que tous les cas ne vont pas arriver en consultation pédiatrique. En France, la Haute Autorité de santé (HAS) estimait à 19 000 le nombre d'enfants maltraités sur un total de 98 000 d'enfants signalés en danger au cours de l'année 2006¹⁹. Selon les données de l'enquête de l'Institut de la statistique du Québec réalisée en 2004²⁰, 43 % des enfants sont victimes annuellement d'au moins une forme de punition corporelle.

La différence dans la fréquence des maltraitements d'enfants se retrouve également en population clinique adulte. Ainsi, dans notre étude menée auprès des patient·e·s suivi·e·s pour dépression, nous avons noté 55 % de maltraitements d'enfance en France contre 87 % au Togo²¹. Toujours dans la population dépressive adulte, Tucci et ses collègues²² ont constaté des pourcentages d'abus sexuels allant de 20 % à presque 68 %, tandis que Hovens et ses collègues²³ consignaient 38 % de négligence émotionnelle aux Pays-Bas.

S'il est admis que les maltraitements de l'enfance se retrouvent dans tous les contextes socioculturels, il existe tout de même des spécificités dans certains milieux et selon le mode de vie des populations concernées. Ainsi, il est aisé d'imaginer que, dans les pays développés, il est rare de parler d'enfant de guerre ou enfants soldats, contrairement à certaines zones de guerre d'Afrique ou d'Asie. Les spécificités peuvent concerner également diverses pratiques culturelles telles l'excision, les rituels de l'adolescence (dans certains milieux africains, des scarifications, sévices corporels sont utilisés pour marquer le passage de l'enfance à l'âge adulte). En Afrique, il existe dans certains pays comme en Ouganda et au Rwanda, des enfants-parents jouant le rôle d'adultes à la suite de la mort de leurs géniteurs soit du sida ou au cours du génocide (Rwanda, en l'occurrence). Il arrive que des enfants se retrouvent dans les plantations agricoles (comme en Côte d'Ivoire) ou en usine ou sur les lieux d'extraction de matières premières en République

18. Société suisse de pédiatrie, 2019.

19. HAS, 2014.

20. Clément et Boileau, 2010.

21. Kounou *et al.*, 2015.

22. Tucci *et al.*, 2010.

23. Hovens *et al.*, 2010.

démocratique du Congo, victimes de trafics de toutes sortes²⁴. Les guerres font de nombre d'enfants des réfugiés, des enfants mineurs non accompagnés se retrouvant parfois dans d'autres pays et ne pouvant bénéficier d'une éducation adéquate, en l'absence de leurs parents. Adinkrah²⁵ a décrit, au Ghana, l'existence de maltraitance d'enfants, accusés de sorcellerie par leurs parents en cas de maladie, de mort brutale, de difficultés financières ou d'échecs professionnels dans la famille. Ces enfants sont souvent victimes de rejet et d'isolement avec leur lot de conséquences négatives sur leur bien-être et leur estime de soi.

Une des spécificités des maltraitances dans l'enfance en Afrique subsaharienne est le phénomène de trafic d'enfants. Selon certaines personnes, il existerait d'un point de vue culturel, une tradition dans cette pratique. Le « trafic d'enfants » est une forme de traite des enfants impliquant les parents qui acceptent de « donner » leurs enfants pour une somme dérisoire à des intermédiaires qui convoient ces enfants et les placent auprès d'employeurs. Ces derniers utilisent les enfants comme une main-d'œuvre dans les champs de production de cacao, de café, etc., dans les usines d'extraction des mines ou pour les travaux domestiques. Dans certains milieux, dans le passé et même de nos jours (même si cela devient de plus en plus rare), les hommes ou les chefs décidaient du partage et du don des enfants, des femmes veuves et autres. Il fut un temps durant lequel les parents laissaient leurs enfants à d'autres membres de la famille plus aisés, déposant ainsi chez eux l'espoir de voir leur enfant évoluer dans l'idéal qu'ils avaient de lui. Il existe donc dans la culture ancestrale une tendance parentale à se décharger de sa responsabilité, sorte d'aveu inconscient de son impuissance. Ainsi, dans une étude nationale menée au Togo, portant sur l'impact psychologique du trafic d'enfants victimes et leur famille²⁶, dans de nombreux cas, les parents étaient au courant du projet de « départ » de leur enfant et l'encourageaient même à tenter cette aventure périlleuse. Dans cette aventure de trafic, beaucoup d'enfants ont été victimes de toutes sortes de maltraitances allant de l'abus physique jusqu'à la privation de nourriture. Un enfant revenu de ce trafic, rencontré au cours de notre étude, nous confiait :

24. Il s'agit d'une étude portant sur l'impact psychosocial du trafic d'enfants sur les enfants victimes et les membres de leur famille. Cette étude est soumise pour publication ailleurs.

25. Adinkrah, 2011.

26. Soumis pour publication à une revue internationale, l'instruction est en cours.

Arrivé là-bas, je devais travailler dans les plantations, je faisais des cauchemars, mes parents me manquaient, j'avais envie de revenir; j'ai été placé chez quelqu'un qui me battait tous les jours avec un bâton; après une semaine, j'avais envie de revenir, j'étais seul, le travail était difficile, dur, le patron gênait trop; au bout d'une semaine, je voulais retourner, mais on m'a dit qu'on pouvait me tuer en cours de route.

Boursin²⁷, dans une étude au Burkina Faso, trouvait que la mise au travail précoce dans le cadre de l'économie domestique ou rurale, le départ en migration de travail dans une ville ou un pays étranger, le « confiage » à une famille apparentée ou amie en milieu urbain ou encore à un maître coranique, etc., sont autant de pratiques qui ont leur fondement dans la société traditionnelle. Pour Deshusses²⁸, plus que des transactions marchandes d'enfants entre la Côte d'Ivoire et la France, il s'agirait d'un « esclavage » domestique qui puiserait ses sources dans certaines traditions ou pratiques de placement d'enfants ayant cours en Côte d'Ivoire. Cette étude portait sur la situation des Ivoiriennes se retrouvant en situation d'esclavage en France, victimes d'employeurs ivoiriens. En 2002, l'UNICEF²⁹ dénonçait le trafic des enfants en Afrique de l'Ouest, considéré comme une violation des droits de l'enfant à être protégé contre toute forme d'exploitation économique, à conserver des liens familiaux et à grandir dans un environnement familial aimant. Dans une recherche portant sur le trafic d'enfants au Cameroun, Abega, Abé et Mimche³⁰ soulignaient la complicité des parents dans le trafic de leurs enfants en raison de leur pauvreté.

Le problème du trafic humain est réel en Afrique. Le cas des migrant-e-s africain-e-s « vendu-e-s aux enchères » en Libye, rapporté par les médias internationaux, est encore vivace dans la mémoire collective de beaucoup de personnes. Notons que la « vente des migrant-e-s » n'épargne pas les femmes et encore moins les enfants. Cette situation de maltraitance et de trafic d'enfants, au cours des migrations des enfants en Libye et dans d'autres pays d'Afrique du Nord, a été rapportée par beaucoup d'enfants reçus en consultation

27. Boursin, 2007.

28. Deshusses, 2004.

29. Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), 2002.

30. Abega, Abé et Mimche, 2007.

en Suisse, dans nos pratiques cliniques quotidiennes. Fleck³¹ trouvait déjà que les enfants sont les principales victimes du trafic en Afrique. L'auteur indiquait que les 53 pays du continent africain rapportaient l'existence de trafic humain, qui s'expliquait par la pauvreté, les conflits armés, l'instabilité, les pratiques culturelles et le mariage précoce. Fleck a signalé dans sa recherche qu'au Togo, les filles victimes de trafic servaient comme domestiques.

Ces différentes maltraitements tendent à avoir des conséquences négatives sur la santé physique et mentale des personnes qui en sont victimes.

CONSÉQUENCES UNIVERSELLES DES MAUVAIS TRAITEMENTS DE L'ENFANCE

Quel que soit le contexte dans lequel elles ont été menées, les recherches arrivent aux mêmes résultats principaux : les maltraitements d'enfance influencent négativement le développement harmonieux des enfants victimes. Ces conséquences peuvent s'observer aussi bien à l'enfance, à l'adolescence qu'à l'âge adulte. Par exemple, l'étude de Brown et de ses collègues³² aux États-Unis a montré l'existence de liens entre les maltraitements de l'enfance et différents problèmes de santé physique, dont le cancer du poumon. Dans cette même étude, les maltraitements dans l'enfance faisaient plus que doubler le risque de santé précaire, la présence de l'hépatite, de maladies sexuellement transmissibles; le risque était presque cinq fois plus élevé de toxicomanies, en comparaison aux enfants n'ayant pas été victimes de maltraitements. Ces auteurs avaient également trouvé que plus le nombre de maltraitements de l'enfance est grand, et plus les risques d'avoir des addictions au tabac et de développer un cancer de poumon étaient élevés, tout comme le taux de mortalité chez ces personnes, en comparaison aux adultes n'ayant pas, ou peu, vécu de maltraitements de l'enfance. Ces dernières étaient également associées aux troubles du comportement alimentaire, aux automutilations, aux conduites prédélinquantes avec passages à l'acte³³. D'autres recherches ont confirmé l'existence de liens entre l'abus sexuel et les comportements sexuels à risque et/ou le VIH³⁴. Plusieurs études

31. Fleck, 2004.

32. Brown *et al.*, 2010.

33. Vila, 2006.

34. Noll *et al.*, 2011; Sherr *et al.*, 2016; Jones *et al.*, 2010.

soutiennent l'existence d'associations entre les maltraitances dans l'enfance, la qualité des relations avec les parents et les attitudes relatives à la violence dans l'éducation des enfants³⁵.

Les recherches réalisées tant dans les pays du Nord que dans les pays du Sud mentionnaient la corrélation entre les maltraitances de l'enfance et les psychopathologies. Il peut s'agir de troubles affectifs (dépression, par exemple) ou de troubles de la personnalité, entre autres. Les maltraitances de l'enfance peuvent entraîner chez l'enfant et l'adolescent-e une mauvaise santé mentale en induisant des troubles tels que les phobies, la dépression, le trouble du déficit de l'attention/l'hyperactivité³⁶, le trouble du stress post-traumatique³⁷.

Dans de nombreux contextes socioculturels, les maltraitances de l'enfance corrélient positivement avec les troubles de l'humeur à l'âge adulte, dont la dépression³⁸, les dimensions problématiques de la personnalité³⁹, les troubles de la personnalité⁴⁰, la schizophrénie⁴¹. L'ensemble des études aboutit aux mêmes résultats : les maltraitances de l'enfance sont liées au névrosisme ou l'instabilité émotionnelle à l'âge adulte.

Si dans toutes les cultures les maltraitances de l'enfance sont liées aux psychopathologies à l'âge adulte, il est à remarquer qu'il y a tout de même des différences culturelles. Comme le soutiennent Hinton et Kirmayer⁴², des disparités existent dans la perception et l'interprétation des maltraitances de l'enfance et l'expression des réponses des victimes de ces violences. Une autre particularité des maltraitances d'enfance en Afrique est la présence de certains symptômes consécutifs à ces événements aversifs de vie. Ainsi, en Afrique, il est fréquent d'observer la somatisation ou plusieurs symptômes somatiques chez des personnes avec des antécédents de maltraitance. Comme le suggèrent Chidiac et Crocq⁴³, « dans les pays en voie de développement où l'autocensure réprime l'expression de la souffrance psychique, mais laisse volontiers s'épancher par la voie du corps, la plainte somatique est souvent offerte comme expression physique du syndrome psychosomatique ».

35. Clément et Boileau, 2010.

36. Ackerman *et al.*, 1998.

37. Kounou *et al.*, 2016.

38. Kessler *et al.*, 2010; Kounou *et al.*, 2013; Oladedji *et al.*, 2010.

39. Van Der Kolk et McFarlane, 1996; Rogosch et Cicchetti, 2004.

40. Carr et Francis, 2009, Kounou *et al.*, 2015; Zhang *et al.*, 2012.

41. Quidé *et al.*, 2018.

42. Hinton et Kirmayer, 2013.

43. Chidiac et Crocq, 2011, p. 328.

À titre d'exemple, dans une recherche antérieure⁴⁴, nous avons montré que l'abus émotionnel était prédicteur de trouble de la personnalité paranoïde en France, tandis qu'au Togo, il était associé au trouble de la personnalité obsessionnelle-compulsive; l'abus physique entraînait les troubles de la personnalité du cluster A en France alors qu'au Togo, il était lié aux troubles de la personnalité des clusters A, B et C⁴⁵.

Dans une étude nationale et transversale, menée sur tout le territoire togolais auprès des enfants revenus du trafic et des membres de leur famille⁴⁶, nous avons constaté des conséquences délétères aussi bien chez les enfants victimes que chez les membres de famille. Le trafic d'enfants a entraîné des désordres psychologiques, des réactions dépressives et du stress post-traumatique chez la plupart des enfants sortis du trafic, revenus de là de leur propre initiative, celle des parents ou des amis, ou avec l'aide du Ministère des affaires étrangères ou du Ministère de l'action sociale. Les membres de la famille (parents géniteurs ou personnes ayant la garde de l'enfant) ont développé des réactions dépressives et de l'autoculpabilité.

Si la relation entre les maltraitements de l'enfance et les psychopathologies à tous les âges ne sont plus à démontrer et que ce lien est transculturel, le véritable enjeu est la prise en charge de ces maltraitements dans une perspective transculturelle. Cette prise en charge s'avère indispensable et pourrait permettre à toute personne victime de maltraitance de l'enfance de développer des capacités de résilience en vue de se reconstruire et de mieux se développer, en dépit de ces violences.

**COMMENT INTERVENIR AUPRÈS DES PERSONNES VICTIMES
DE MAUVAIS TRAITEMENTS ET ISSUES DE CONTEXTES SOCIOCULTURELS
DIFFÉRENTS: PRISE EN CHARGE AVEC REGARD TRANSCULTUREL ?**

Le meilleur suivi des personnes victimes de maltraitements dans leur enfance (que cette maltraitance soit récente ou ancienne) passe nécessairement par une évaluation minutieuse et objective des types de maltraitance. À cet effet, il est à noter que l'observation,

44. Kounou *et al.*, 2015.

45. Le cluster A est constitué des personnalités paranoïde, schizoïde, schizotypique; le cluster B comprend les personnalités antisociale, borderline ou limites, histrioniques et narcissiques; le cluster C est constitué des personnalités dépendante, évitante et obsessionnelle-compulsive.

46. Étude susmentionnée et soumise pour publication ailleurs.

l'entretien clinique et les questionnaires peuvent être utiles pour cette évaluation. Ces trois techniques ne seront efficaces que si elles se déroulent dans une ambiance de confiance avec la personne victime d'abus et/ou de maltraitance. Des auteur-e-s ont construit plusieurs questionnaires dans le but d'évaluer ces maltraitements d'enfance. Des questionnaires auto ou hétéro-administrés tels que « l'index de négligence »⁴⁷, l'échelle multidimensionnelle des conduites de négligence parentale⁴⁸, les expériences négatives de l'enfance⁴⁹ et le questionnaire des traumatismes de l'enfance⁵⁰ permettent d'évaluer de manière consensuelle et souvent de façon rétrospective, l'existence ou non des maltraitements dans l'enfance. L'avantage de ces questionnaires (en l'occurrence le *Childhood Trauma Questionnaire*) est de permettre à l'intervenant-e d'aborder cette problématique de maltraitance d'enfance avec les personnes victimes, même lorsqu'elles sont réticentes et dans l'évitement. Par exemple dans notre pratique clinique, il arrive que ce soit après l'utilisation du *Childhood Trauma Questionnaire* que les personnes acceptent de parler de l'abus sexuel dont elles ont été victimes auparavant. Ce questionnaire peut servir de tremplin et permettre de « délier » les langues pour des sujets parfois tabous, en début de suivi des individus. Une des difficultés dans l'utilisation de ces questionnaires est leur validité dans différents contextes culturels⁵¹.

L'efficacité de la prise en charge des sujets victimes de maltraitance de l'enfance en situation transculturelle passera nécessairement par les approches de la psychiatrie transculturelle qui repose essentiellement sur l'anthropologie et la psychiatrie. Il est généralement admis qu'en situation de migration, les sujets se déplacent avec leur culture qui comporte un ensemble de codes, de valeurs, de règles dans les relations personnelles. Selon l'interprétation que les individus font des maltraitements vécus dans leur enfance va dépendre l'efficacité du suivi thérapeutique qui leur sera proposé. La prise en charge des personnes en situation transculturelle doit donc s'appuyer avant tout sur le sens que donne la personne au vécu de la maltraitance en question. Comme le suggéraient Zozaya et ses collègues⁵², si on ne partage pas les mêmes représentations de

47. Trocmé, 1996.

48. Kaufmann, Kantor, Holt et Strauss, 2004.

49. Felitti *et al.*, 1998.

50. Bernstein *et al.*, 2003.

51. Brodard et Kounou, 2021.

52. Zozaya *et al.*, 2018.

la maladie et le sens donné aux événements marquants de la vie, on peut avoir des difficultés à s'identifier aux patient-e-s, développer l'empathie et construire une bonne alliance thérapeutique. Ainsi, l'étape préliminaire consiste pour les différent-e-s praticien-ne-s d'établir le lien entre ces maltraitements et les difficultés actuelles des personnes en souffrance et demandant de l'aide. La prise en compte du sens donné à la maltraitance permettra aux divers professionnel-le-s de faire un travail cognitif avec les personnes souffrant de leur passé. Cela est un gage indispensable en vue d'aider ces personnes victimes à se reconstruire, à avancer plus efficacement et de manière harmonieuse. Dans une perspective transculturelle et selon l'approche ethnopsychiatrique, il peut être utile de savoir s'il existe des codes thérapeutiques dans le traitement de la maltraitance, supposée être à l'origine de la souffrance traitée. Ces codes éventuels peuvent être culturels ou non.

Ces dernières années, en Occident, il est assez fréquent que certaines femmes victimes d'excision dans leur enfance, en Afrique ou en Asie, recourent à la chirurgie réparatrice. Il est important de ne pas négliger la symbolique et le rôle psychothérapeutique de ces pratiques. En Afrique subsaharienne par exemple, des rituels de rasage de cheveux, des exorcismes, des prières de délivrance ou de libération dans les églises sont faits au niveau communautaire, chez les marabouts, à l'église, pour réconcilier les sujets victimes de certaines formes de situations particulièrement difficiles, en vue de conjurer ces dangers ultérieurement. Selon Green et Honwana⁵³, ces rituels de purification et de réconciliation incluant la famille et la collectivité sont menés pour réintégrer dans la communauté des adultes ou des enfants, les enfants « souillés » par la guerre. Cela leur permettrait d'être protégés du désir de vengeance de leur entourage et de la culpabilité, reprenant ainsi les liens harmonieux avec la communauté des vivants et avec l'invisible.

L'approche cognitive peut aussi être utile et aider ainsi les personnes victimes à modifier leur perception de l'événement ayant causé la maltraitance, voire même le traumatisme, et qui pourrait induire des pensées dysfonctionnelles ou des schémas précoces inadaptés. D'autres stratégies cognitivo-comportementales, telles que la relaxation, les approches de la troisième vague à l'instar de la psychologie positive avec développement des notions de pardon,

53. Green et Honwana, 1999.

de gratitude, etc., la pleine conscience peuvent être utilisées par les différent-e-s professionnel-le-s en vue d'aider les individus en situation transculturelle à être efficacement pris en charge. Le fait d'amener les individus à devenir résilients peut être aussi un moyen efficace dans la relation d'aide des sujets avec antécédents de maltraitance d'enfance. Cela ne peut être possible qu'en s'assurant de l'existence des facteurs de résilience qui peuvent être individuels, familiaux ou contextuels. En situation transculturelle, l'hypnose peut être une technique utile dans la mesure où il est souvent admis, dans la pratique clinique, que les individus originaires de l'Afrique subsaharienne sont souvent suggestibles. L'hypnose peut contribuer à aider ces personnes à se réconcilier avec ce passé de maltraitance et prendre un nouveau départ pour se reconstruire en se fondant sur leurs propres ressources internes et individuelles. Une technique proche, la désensibilisation et reprogrammation par le mouvement oculaire (*Eye Movement Desentization and Reprocessing: EMDR*) figure parmi les approches recommandées dans le traitement du stress post-traumatique⁵⁴, au même titre que la thérapie cognitivo-comportementale centrée sur le traumatisme. Ces approches pourraient donc être aussi utiles dans le traitement des maltraitements de l'enfance en situation transculturelle.

L'importance de la prise en charge précoce et efficace permet de rompre le phénomène de répétition des traumatismes vécus dans l'enfance et d'empêcher ainsi une transmission intergénérationnelle des maltraitements de l'enfance. Cela servirait à briser le cercle vicieux de cette répétition avec des conséquences délétères qui s'observent également de génération en génération et malgré le changement de contexte socioculturel. La prise en charge efficace avec un regard transculturel peut être doublement bénéfique pour la personne victime de maltraitance dans son enfance en retrouvant un bien-être psychologique et surtout en bannissant ce mode d'éducation « désuet » en adoptant de meilleurs modèles d'éducation ayant montré leur validité, à l'instar des pratiques parentales positives (Triple P)⁵⁵.

Nous proposons une vignette clinique pour illustrer l'enjeu et les défis relatifs à la prise en charge, en Occident, des personnes victimes dans leur pays d'origine de maltraitements dans leur enfance.

54. Bisson *et al.*, 2007.

55. Pour une présentation de l'approche, voir Brodard, Zimmerman et Sanders, 2016.

VIGNETTE CLINIQUE

Madame D., la quarantaine et originaire d'un pays de l'Afrique subsaharienne, a été suivie en Suisse romande à la suite de difficultés d'adaptation en Suisse et aux événements de vie. Les premiers motifs de consultation étaient entre autres: «J'ai des problèmes dans la tête, des problèmes financiers, je suis stressée et j'ai des soucis, je n'arrive plus à me concentrer, je n'en peux plus, je n'y arriverai pas, je n'arrive pas à dormir, etc.» La patiente est venue en consultation à la suite des conseils d'un de ses amis. Le premier entretien avec la patiente a fait ressortir que les plaintes susmentionnées remontaient à quelques mois auparavant. Madame D. avait été hospitalisée déjà deux fois en psychiatrie en Suisse avant le début de son suivi en ambulatoire.

Aînée d'une fratrie de quatre enfants, les autres membres (deux sœurs et un frère) de sa famille étaient restés en Afrique. Elle était arrivée en Suisse au début des années 2000 et elle avait un permis de séjour C qui lui permettait d'avoir un statut de résident permanent. L'histoire de vie de la patiente était marquée par la survenue d'événements difficiles, voire traumatisants. Elle avait perdu son père à 2 ans. Après avoir vécu chez sa grand-mère maternelle jusqu'à 4 ans, elle avait rejoint sa mère qui s'était remariée. Elle signalait avoir vécu des abus physiques et psychologiques au cours de cette période. Une de ses phrases était: «J'ai souffert de la solitude dans mon cœur, dans l'enfance; on me frappait pour un rien du tout.» Elle expliquait lors des séances de suivi que ces difficultés (abus physique et émotionnel) la hantaient au point de ne pouvoir se concentrer en classe pour suivre les cours, étudier et bien avoir de bons résultats à l'école. Mère de deux filles, l'aînée – née en Afrique – était majeure et vivait en Afrique, tandis que sa seconde fille (née en Suisse) avait une dizaine d'années et était à l'école obligatoire en Suisse.

Styliste de formation, à son arrivée en Suisse, elle vivait plutôt de petits boulots. Elle s'était mariée en Suisse, mais à la suite de multiples conflits conjugaux, les époux s'étaient séparés, puis avaient divorcés. Après l'observation et l'évaluation clinique, le diagnostic de dépression a été retenu chez Madame D. qui avait fait deux tentatives de suicide avant le début de notre prise en charge.

Outre le traitement antidépresseur prescrit par le psychiatre du service, une psychothérapie cognitivo-comportementale a été proposée à la patiente.

Un autre élément important était le recours régulier et répétitif du bâton ou de sévices corporels par Madame D. sur sa fille, quand celle-ci se comportait mal. Elle utilisait systématiquement le bâton au lieu de penser à d'autres stratégies pour communiquer plus efficacement avec sa fille. Cet état de fait nous a permis d'émettre l'hypothèse d'une « transmission intergénérationnelle » ou une reproduction de sévices physiques vécus par cette mère, durant son enfance. Elle en était consciente et se considérait d'ailleurs comme une mauvaise mère, ce qui ne l'aidait pas dans sa problématique dépressive. La patiente se remettait constamment en cause dans son incapacité à s'occuper efficacement de sa fille ; elle était souvent dans un état de détresse psychologique permanent, ce qui semblait se répercuter négativement sur sa qualité de vie.

Dans sa solitude et son repli sur soi, nous avons pensé qu'une prise en charge avec l'approche communautaire, en s'appuyant sur quelques personnes-ressources d'origine africaine, pouvait aider la patiente. Elle a compris le bien-fondé de cette proposition, mais a préféré rester à l'écart des personnes de sa communauté d'origine, à la suite de certaines expériences douloureuses dans le passé.

À un moment donné, la patiente a également imaginé que son instabilité affective et ses difficultés professionnelles étaient liées au mauvais sort jeté par les membres de la famille élargie, restée en Afrique et en était même convaincue. L'approche ethnopsychiatrique a alors été utilisée au cours d'une séance à la suite de laquelle la patiente a elle-même déduit que certain-e-s membres bienveillant-e-s de sa famille, resté-e-s en Afrique, pourraient lui faire des cérémonies de protection ou lui commander une messe de protection.

Outre le suivi de la patiente avec les techniques susmentionnées relatives à la problématique dépressive, des approches de prise en charge centrée sur les maltraitements de l'enfance avec son corollaire de répétition de l'abus physique sur son enfant ont été bénéfiques à la patiente. Nous l'avons aidée à donner du sens aux maltraitements vécus dans son enfance et à pardonner à toutes les personnes qui avaient abusé d'elle, physiquement et émotionnellement, en vue de pouvoir mieux se reconstruire elle-même.

Cette patiente considérait avoir raté sa vie de couple, s'auto-culpabilisait de ne pas être une bonne mère et se remettait en cause par rapport à ses pratiques éducatives parentales qui n'étaient pas assez positives. Ces observations sont en accord avec les résultats des recherches antérieures, qui font ressortir les liens entre les abus

et les négligences de l'enfance et les compétences parentales à l'âge adulte⁵⁶.

Cette vignette clinique illustre la difficulté dans la prise en charge des personnes d'origine étrangère, victimes de maltraitance dans l'enfance (souvent dans leur pays d'origine). À l'instar de cette patiente, certains migrants reproduisent des pratiques subies dans leur propre enfance. Cette attitude parentale est souvent en totale inadéquation avec les codes de l'éducation à donner dans leur pays d'accueil. Une psychothérapie cognitivo-comportementale, en l'occurrence, peut aider ces personnes à nuancer et changer certaines cognitions erronées relatives à l'éducation de « violence » qu'elles répètent sur leurs enfants. La meilleure prise en charge de ces personnes peut aussi consister à les aider à développer des compétences sociales et de meilleures capacités d'adaptation en vue de se conformer aux exigences des pays hôtes, en l'occurrence la protection des enfants.

CONCLUSION

Les maltraitements d'enfance et leurs conséquences ultérieures constituent un problème de santé publique. En Occident et dans tous les contextes transculturels, la prise en charge efficace d'individus victimes de maltraitements de l'enfance issus d'autres cultures, repose sur l'identification du sens qu'ils donnent aux événements aversifs vécus et qui seraient à l'origine de leurs difficultés présentes. L'étape suivante est de savoir s'il existe une procédure culturelle de prise en charge de la maltraitance, afin de s'en servir, en se fondant sur la croyance et la préférence des personnes. De plus, on peut recourir aux méthodes existantes dans la société occidentale où vivent ces personnes de première culture « étrangère », avec antécédents de maltraitements. L'exemple du recours à la chirurgie réparatrice est édifiant. Une fois que le ou la soignant-e et la personne victime de maltraitance s'accordent sur le sens que cette dernière donne à ces maltraitements et en fonction de ses compétences thérapeutiques, elle ou il peut alors lui proposer des thérapies spécifiques. Ces thérapies peuvent être les thérapies cognitivo-comportementales axées sur les maltraitements, l'hypnose, la désensibilisation et reprogrammation par le mouvement oculaire, en cas de traumatismes, etc. Ces thérapies permettraient aux personnes avec un passé de maltraitance de donner un nouveau sens à leur vie, en se fondant sur des notions de résilience.

56. Bailey, De Oliveira, Wolfe, Evans et Hartwick, 2012.

BIBLIOGRAPHIE

ABEGA, Séverin Cécile, ABÉ, Claude, MIMCHE, Honoré (2007), « Le trafic des enfants au Cameroun : étude d'une forme d'abus à l'égard des "cadets sociaux" », *Sociétés et Jeunesses en difficulté*, n°3.

ACKERMAN, Peguy, NEWTON, Joseph, MCPHERSON, Warren Brian, JONES, Jerry et DYKMAN, Roscoe (1998), « Prevalence of post-traumatic stress disorder and other psychiatric diagnoses in three groups of abused children (sexual, physical, and both) », *Child Abuse & Neglect*, vol. 22, t. 8, pp. 759-774.

ADINKRAH, Mensah (2011), « Child witch hunts in contemporary Ghana », *Child Abuse & Neglect*, vol. 35, t. 9, pp. 741-752.

AGATHONOS-GEORGOPOULOU, Helen (1992), « Cross-cultural perspectives in child abuse and neglect », *Child Abuse Review*, vol. 1, t. 2, pp. 80-88.

BAILEY, Heidi Neufeld, DE OLIVEIRA, Carey Anne, WOLFE, Vicky Veitch, EVANS, Elspeth et HARTWICK, Cailey (2012), « The impact of childhood maltreatment history on parenting: A comparison of maltreatment types and assessment methods », *Child Abuse & Neglect*, vol. 36, t. 3, pp. 236-246.

BERNSTEIN, David Philip, STEIN, Judith, NEWCOMB, Michael Donald, WALKER, Edward, POGGE, David, AHLVALIA, Taruna et ZULE, William (2003), « Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire », *Child Abuse & Neglect*, vol. 27, pp. 169-190.

BISSON, Jonathan, EHLERS, Anke, MATTHEWS, Rosa, PILLING, Stephen, RICHARDS, David et TURNER, Stuart (2007), « Psychological treatments for chronic post-traumatic stress disorder. Systematic review and meta-analysis », *British Journal of Psychiatry*, vol. 190, pp. 97-104.

BOURSIN, Frédérique (2007), « Travail et trafic d'enfants : le cas du Burkina Faso », in Félix COMPAORÉ, Maxime COMPAORÉ, Marie-France LANGE et Marc PILON, *La question éducative au Burkina Faso : regards pluriels*, CNRST, pp. 161-179.

BRODARD, Fabrice et KOUNOU, Kossi Blewussi (2021), « Évaluations clinique et psychopathologique dans un contexte multilingue et multiculturel », in Jérôme ROSSIER, *Évaluation psychologique dans un contexte multilingue et multiculturel*, Wavre : Mardaga, pp. 243-256.

BRODARD Fabrice, ZIMMERMANN Grégoire et SANDERS Matthew (2016), « Le système de prévention et d'intervention Triple P », in *Les thérapies de couple et de famille*, Wavre : Mardaga ; pp. 49-66.

BROWN, David, ANDA, Robert, FELITTI, Vincent, EDWARDS, Valerie, MALARCHER, Ann Marie, CROFT, Janet et GILES, Wayne (2010), « Adverse childhood experiences are associated with the risk of lung cancer: a prospective cohort study », *BMC Public Health*, vol. 10, t. 20.

Bureau régional de l'Organisation mondiale de la Santé (2013), *European report on preventing child maltreatment*, Copenhague.

CARR, Steven et FRANCIS, Andrew (2009), « Childhood maltreatment and adult personality disorders symptoms in a non-clinical sample », *Australian Psychologist*, vol. 44, pp. 146-155.

CLÉMENT, Marie-Eve et BOILEAU, Édith (2010), « Violence dans l'enfance, qualité des relations avec les parents et attitudes éducatives à l'égard de la violence », *Intervention*, vol. 132, t. 1, pp. 104-113.

DASSA, Simliwa Kolou, DOUTI, Nadiédjoa Kokou, KPANAKÉ, Lonzoou, KOTI, Béatrice et KÜCHENHOFF, Bernhard (2005), « Typologie de la maltraitance au Togo », *Archives Suisses de Neurologie et de Psychiatrie*, vol. 156, pp. 240-246.

DESHUSSES, Mathias (2004), *Les « malheurs » du confiage en France : le cas des « petites bonnes » ivoiriennes*, Genève : Institut universitaire des études de développement (IUED).

FAKUNMOJU, Sunday, BAMMEKE, Funmi, BOSIAKOH, Thomas Antwi, ASANTE, Rabiou, KWAKU BOAKYE, Wooten, NIKKI, HILL, Antony et KARPMAN, Hannah (2013), « Perception and determination of child maltreatment: exploratory factors among three countries », *Children and Youth Services Review*, vol. 35, pp. 1418-1430.

FELITTI, Vincent, ANDA, Robert, NORDENBERG, Dale, WILLIAMSON, David, SPITZ, Alison, EDWARDS Valerie, KOSS, Mary et MARKS, James (1998), « Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study », *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 14, pp. 245-258.

FLECK, Fiona (2004), « Children are main victims of trafficking in Africa », *British Medical Journal*, vol. 328, t. 1036.

Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF) (2002), *La traite d'enfants en Afrique de l'Ouest: réponses politiques*, Florence: Centre de Recherche Innocenti.

GILBERT, Ruth, WIDOM, Cathy Spatz, BROWNE, Kevin, FERGUSSON, David, WEBB, Elspeth et JANSON, Stafan (2009), «Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries», *The Lancet*, vol. 373, t. 9657, pp. 68-81.

GREEN, Edward Crocker et HONWANA, Alcinda (1999), «Utilisation de thérapeutiques autochtones pour soigner les enfants victimes de la guerre en Afrique», *Notes CA (Banque Mondiale)*, vol. 10, pp. 1-4.

Haute Autorité de Santé (2014), «Maltraitance chez l'enfant: repéraget et conduite à tenir», Paris.

HILLIS, Susan, MERCY, James, AMOBI, Adaugo et KRESS, Howard (2016), «Global prevalence of past-year violence against children: a systematic review and minimum estimates», *Pediatrics*, vol.137, t. 3, e20154079.

HINTON, Devon Emerson, et KIRMAYER, Laurence (2013), «Local responses to trauma: Symptom, affect, and healing», *Transcultural Psychiatry*, vol. 50, t. 5, pp. 607-621.

HOVENS, Jacqueline Gerarda, WIERSMA, Jenneke, GILTAY, Erik, VAN OPPEN, Patricia, SPINHOVEN, Philip, PHENNINX, Brenda, ZITMAN, Frans (2010), «Childhood life events and childhood trauma in adult patients with depressive, anxiety, and comorbid disorders vs. Controls», *Acta Psychiatrica Scandinavica*, vol. 122, pp. 66-74.

JONES, Deborah, RUNYAN, Desmond Kimo, LEWIS TERRI, Litrownik, ALAN, Black Maureen, WILEY Tisha,... NAGIN, Daniel (2010), «Trajectories of childhood sexual abuse and early adolescent HIV/AIDS risk behaviors: The role of other maltreatment, witnessed violence, and child gender», *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, vol. 39, t. 5, pp. 667-680.

KAUFMAN KANTOR, Glenda, HOLT, Melissa, MEBERT, Carolyn, STRAUS, Murray, DRACH, Kerry, RICCI, Lawrence, MACALLUM, Crystal et BROWN, Wendy (2004), «Development and preliminary psychometric properties of the Multidimensional Neglectful Behavior Scale-Child Report», *Child Maltreatment*, vol. 9, pp. 409-428.

KEMPE, Henri (1982), « Cross cultural perspectives in child abuse », *Pediatrics*, vol. 69, pp. 497-498.

KESSLER, Ronald, McLAUGHLIN, Katie, GREEN, Jennifer Greif, GRUBER, Michael, SAMPSON, Nancy, ZASLAVSKY, Alan M., (...), WILLIAMS, David R. (2010), « Childhood adversities and adult psychopathology in the WHO World Mental Health Surveys », *British Journal of Psychiatry*, vol. 197, pp. 378-385.

KORBIN, Jill, (1981), « Introduction », In Jill Korbin (éd.), *Child abuse and neglect: Cross-cultural perspectives*, Los Angeles, CA: University of California Press, pp. 1-10.

KOUNOU, Kossi Blewussi, BIYONG, Issac, DOGBE FOLI, Ayoko Akouavi, RAYNAUD, Jean-Philippe, TEMPIER, Raymond, SCHMITT, Laurent et BUI, Éric (2016), « Aspects transculturels du trouble stress post-traumatique chez l'enfant et l'adolescent », *Journal International de Victimologie*, vol. 13, t. 1.

KOUNOU, Kossi Blewussi, BUI, Éric, DASSA, Kolou Simliwa, HINTON, Devon, FISCHER, Laura, DJASSOA, Gnansa, BIRMES, Philippe et SCHMITT, Laurent (2013), « Childhood trauma, personality disorders symptoms and current major depressive disorder in Togo », *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, vol. 48, t. 7, pp. 1095-1103.

KOUNOU, Kossi Blewussi, DOGBE FOLI, Ayoko Akouavi, DJASSOA, Gnansa, AMÉTÉPÉ, Léonard Komla, RIEU, Julie, MATHUR, Anjali, BIYONG, Issac et SCHMITT, Laurent (2015), « Childhood maltreatment and personality disorders in patients with a major depressive disorder: a comparative study between France and Togo », *Transcultural Psychiatry*, vol. 52, t. 5, pp. 681-699.

LACHAL, Christian (2018), « Bien traiter l'enfant, c'est le reconnaître en tant qu'humain comme les autres, dans sa culture et dans ses droits. À propos du livre de Daniel Delanoë: Les châtiments corporels de l'enfant: une forme élémentaire de violence », *L'Autre*, vol. 19, t. 2, pp. 235-243.

MORO, Marie Rose, HEIDENREICH, Felicia et BAUBET, Thierry (2005), « On dit aimer les enfants partout, on les maltraite aussi partout... Approche transculturelle de la maltraitance », in GABEL Marceline, LAMOUR Martine, MANCIAUX Michel (éds), *La protection*

de l'enfance: maintien, rupture, et soins des liens, Paris: Fleurus, pp. 169-187.

NOLL, Jennie, HARALSON, Katherine, BUTLER, Erica et SHENK, Chad (2011), «Childhood maltreatment, psychological dysregulation, and risky sexual behaviors in female adolescents», *Journal of Pediatric Psychology*, vol. 36, t. 7, pp. 743-752.

OLADEJI, Bibilola, MAKANJUOLA, Victor et GUREJE, Oye (2010), «Family-related adverse childhood experiences as risk factors for psychiatric disorders in Nigeria», *British Journal of Psychiatry*, vol. 196, t. 3, pp. 186-191.

Organisation mondiale de la Santé (2006), *Guide sur la prévention de la maltraitance des enfants: intervenir et produire des données*, Genève.

Organisation mondiale de la Santé (2016), *La maltraitance des enfants*, Genève.

QUIDÉ, Yann, COHEN-WOODS, Sarah, O'REILLY, Nicole, CARR, Vaughan, ELZINGA, Bernet et GREEN, Melissa (2018), «Schizotypal personality traits and social cognition are associated with childhood trauma exposure», *The British Journal of Clinical Psychology*, vol. 57, t. 4, pp. 395-419.

ROGOSCH, Fred et CICHETTI, Dante (2004), «Child maltreatment and emergent personality organization: Perspective from the Five-Factor Model», *Journal of Abnormal and Child Psychology*, vol. 32, t. 2, pp. 123-145.

SEGAL, Uma et IWAI, Yoshiko (2004), «Perceptions of child abuse: A comparison of three professional groups in Japan», *Children & Society*, vol. 18, t. 1, pp. 16-29.

SHERR, Lorraine, HENSELS, Imca, SKEEN, Sarah, TOMLINSON, Mark, ROBERTS, Kathryn et MACEDO, Ana (2016), «Exposure to violence predicts poor educational outcomes in young children in South Africa and Malawi», *International Health*, vol. 8, pp. 36-43.

Société Suisse de Pédiatrie (2013), Recensement des cas de protection de l'enfance dans les cliniques pédiatriques suisses. En ligne: https://www.swiss-paediatrics.org/sites/default/files/2019-05/Nationale%20Kinderschutzstatistik%202018_F.pdf, consulté le 7 juin 2019.

TROCMÉ, Nico (1996), «Development and preliminary evaluation of the Ontario Child Neglect Index», *Child Maltreatment*, vol. 1, t. 2, pp. 145-155.

TROCMÉ, Nico (2008), «Epidemiology of child maltreatment», in Duncan Lindsey et Aron Shlonky, *Child welfare research: Advances for practice and policy*, Oxford University Press, pp. 15-24.

TUCCI, Adriana, KERR-CORRÊA, Florence et SOUZA-FORMIGONI, Maria Lucia Oliveira (2010), «Childhood trauma in substance use disorder and depression: an analysis by gender among Brazilian clinical sample», *Child Abuse & Neglect*, vol. 34, pp. 95-104.

VAN DER KOLK, Bessel et MCFARLANE, Alexander (1996), «The black Hole of Trauma», in Bessel VAN DER KOLK, Alexander MCFARLANE, Lars WEISAETH (éds), *Traumatic Stress. The effects of Overwhelming Experiences on Mind, Body, and Society*, New York: The Guilford Press, pp. 3-23.

VILA, Gilbert (2006), «Aspects cliniques des états de stress post-traumatique chez l'enfant et l'adolescent», In Louis JEHEL et Gérard LOPEZ (éds), *Psychotraumatologie: Évaluation, Clinique, Traitement*, Paris: Dunod, pp. 129-138.

ZHANG, TianHong, CHOW, Annabelle, WANG, LanLan, DAI, YunFei et XIAO, ZePing (2012), «Role of childhood traumatic experience in personality disorders in China», *Comprehensive Psychiatry*, vol. 53, t. 6, pp. 829-836.

ZOZAYA, Javier Sanchis, TZARTZAS, Kostantinos, DAO, Melissa Dominicé, BODENMANN, Patrick et MARION-VEYRON, Régis (2018), «L'apport de la psychiatrie transculturelle aux soins de premier recours», *Forum Médical Suisse*, vol. 18, t. 15, pp. 325-332.

GESTION DES CONFLITS DANS LA RELATION PARENTS-ENFANT¹ ET CONTEXTE CULTUREL : UNE APPROCHE FONDÉE SUR LE RÔLE ET LE STATUT SOCIAL DES ACTEURS CHEZ LES BANEN DU CAMEROUN

CLAUDE OLIVIER BAGNÉKEN

La transformation des conflits² dans la relation parents-enfant est une préoccupation constante dans le processus de socialisation de l'enfant. Il est rare, sinon impossible, tant dans la société traditionnelle que dans le moderne, de rencontrer des parents ou des aînés qui n'aient pas à se plaindre de l'esprit d'indépendance, voire de révolte, des enfants ou des jeunes générations. Ainsi, la gestion des difficultés relationnelles que les comportements des enfants génèrent est régulièrement à l'ordre du jour dans le fonctionnement quotidien d'une communauté, d'une famille ou même d'un ménage. Dans une société en transition comme celle du Cameroun postcolonial³, la manière dont le collectif organise la gestion du conflit familial, par l'entremise des anciennes générations, est souvent perçue ou interprétée de l'extérieur comme des formes de mauvais traitements envers les enfants. De ce point de vue, l'élément culturel, entendu ici comme environnement social humanisé par un peuple⁴ devient finalement un facteur déterminant dans la gestion de la relation parents-enfant ainsi que dans la recherche des stratégies pertinentes pour la mise en œuvre des politiques publiques de protection de l'enfant contre les mauvais traitements.

1. Dans ce texte, nous mettons généralement le mot parent au pluriel dans le binôme parents-enfant pour montrer que, quelle que soit la situation, il y avait toujours dans la société traditionnelle banen au moins deux personnes qui s'occupaient de l'éducation d'un enfant.

2. Galtung, 2010. Nous empruntons cette notion à Johan Galtung qui l'a utilisée dans son ouvrage intitulé *Transcendance et Transformation des conflits en tant qu'approche pour la gestion des micro-, méso-, et méga-conflits*. Pour lui, l'absence de guerre ou de violence n'est pas synonyme de paix ; il parle ainsi des situations de « paix négative » qu'il faut transformer en « paix positive ».

3. Tsala-Tsala, 2004.

4. Mbassa Menick, 2013.

Ce texte s'inspire des expériences de l'association EMIDA⁵ dans le cadre de ses activités de prévention de la maltraitance infantile au Cameroun. Pour la mise en place de leur projet de prévention de la maltraitance, les promoteurs de cette organisation, naissante à l'époque, se sont retrouvés au cours du premier semestre de l'an 2000 dans un Centre de formation situé en pays Banen pendant un mois. À cette occasion, des contacts réguliers entre le groupe de travail mis en place et les populations riveraines qui voulaient savoir ce qui se passait dans le Centre, ont commencé à attirer notre curiosité intellectuelle sur ce que pourrait être l'apport de la « palabre africaine » dans la recherche d'une solution idoine de prévention des mauvais traitements envers les enfants dans le contexte culturel camerounais.

Après cette première expérience d'immersion culturelle, c'est dans les arrondissements de Ndikiniméki et de Nitoukou, toujours en pays Banen, que les premières formations du programme de prévention de la maltraitance infantile, mis en place à la fin des travaux du groupe, seront réalisées. Depuis plus de vingt ans déjà, plusieurs parents s'inscrivent et se forment au rôle de parent dans les Centres d'écoute et d'accompagnement que mettent sur pied les formateurs EMIDA dans plusieurs villages de cette communauté. Ce texte est le résultat de l'analyse des informations qui sont collectées quotidiennement par ces formateurs locaux et souvent lors des rencontres entre les groupes cibles et les responsables d'EMIDA. Pour l'élaboration de cette réflexion, nous avons privilégié la recherche documentaire sur le peuple Banen ainsi que les échanges avec les détenteurs d'enjeux éducatifs et traditionnels. Des observations directes lors des séjours professionnels réguliers dans les trois arrondissements d'origine des Banen ont permis de conforter les informations obtenues à partir des sources orales et écrites. À ce jour, EMIDA compte un peu plus de 4000 parents et enseignants formés à la prévention des mauvais traitements envers les enfants dans plus de quinze localités du territoire des Banen. Les premiers résultats de cette recherche permettent finalement de nous intéresser au passé précolonial de ce peuple et de

5. L'association pour l'Élimination de la maltraitance infantile et domestique en Afrique, en abrégé EMIDA est une organisation de la société civile camerounaise créée le 18 mars 1999 pour la lutte contre les mauvais traitements envers les enfants dans la famille et à l'école. Dans son travail, EMIDA met un accent sur le renforcement des compétences parentales et la recherche des solutions adaptées au contexte culturel camerounais pour la protection et la promotion des droits de l'enfant.

comprendre qu'avant son contact avec la civilisation occidentale, les Banen avaient une organisation propre relative à la protection de l'enfant contre les mauvais traitements. Cette organisation mettait en avant le statut et le rôle de l'enfant ; un vocable *enfant* qui a une signification particulière chez les Banen comme cela sera démontré dans ce texte. Comprendre la signification et la gestion du conflit à partir d'une approche fondée sur la hiérarchie des rôles et des statuts sociaux des acteurs nous paraît finalement pertinent pour les activités de toutes celles et de tous ceux qui travaillent quotidiennement à la recherche de la paix positive⁶ au sein de la famille et de la communauté toute entière. L'objectif est de présenter et de partager une expérience de prévention des mauvais traitements envers les enfants dans le contexte culturel camerounais et singulièrement Banen qui, bien qu'exposé à la double colonisation allemande et française entre le XIX^e et le début du XX^e siècle a réussi à préserver des repères culturels dans le processus de transformation des conflits entre les parents et les enfants. Comment l'expérience singulière de ce peuple peut-elle enrichir les recherches sur la protection de l'enfant contre les mauvais traitements dans divers contextes culturels ?

Pour mieux aborder le problème de la gestion des conflits parents-enfant chez les Banen, nous allons d'abord faire une présentation succincte de ce peuple dont le fonctionnement et l'organisation traditionnels mettent en avant les rôles et les statuts des principaux acteurs de la famille et de la communauté. La seconde articulation sera une théorisation de l'approche de gestion des conflits fondée sur le rôle et le statut social des acteurs. Elle sera chapeautée pour des besoins de cohérence méthodologique par un exposé liminaire sur le contexte international de protection de l'enfant à la suite de l'entrée en vigueur de la Convention internationale relative aux droits de l'enfant (CDE). La dernière plage de cette réflexion en guise de conclusion sera un questionnement ; il s'agira de s'interroger sur les raisons qui ont conduit l'État du Cameroun, au regard des soubresauts que rencontre la famille, à accepter de mettre en place des politiques publiques inspirées des conventions internationales relatives à la protection de l'enfant à côté d'un ordre traditionnel légitimé par les us et coutumes.

6. Galtung, 2010.

PRÉSENTATION ET ORGANISATION DU PEUPLE BANEN

Pour mieux introduire la question de la gestion des conflits dans la relation parents-enfant chez les Banen, nous allons d'abord faire une présentation succincte de ce peuple.

PRÉSENTATION DES BANEN DU CAMEROUN

Les premiers ethnologues et historiens⁷ qui ont consacré au moins une partie de leurs recherches aux Banen soutiennent que ce vocable est le pluriel de *munen* qui signifie noble, riche spirituellement et matériellement. Une appellation que ce groupe tiendrait de leurs voisins bassa (une autre tribu du Cameroun) en raison de leur comportement aristocrate. Dans la période précoloniale, on retrouvait les Banen parmi les ethnies qui peuplaient la forêt de la Région actuelle du Centre et la côte qui correspond à la Région du Littoral du Cameroun⁸. Le Père Jésuite et historien Engelbert Mveng⁹ soutient que l'origine des Banen est la vallée du Noun à l'ouest du Cameroun. Il pense que ce peuple se serait installé au Cameroun autour du VI^e siècle après Jésus-Christ; par le phénomène des guerres tribales et des migrations, les Banen se seraient retrouvés, selon Engelbert Mveng, dans la plaine du fleuve Sanaga avant de se disloquer en deux groupes. Le premier groupe et le plus important numériquement va se diriger vers le nord et le nord-ouest du fleuve pour former le groupe des Banen de Ndikiniméki, de Nitoukou et de Yinguï. L'autre groupe minoritaire aurait traversé le fleuve en direction du sud pour aller s'installer vers Mbalmayo et Ngomedzap dans le sud de la Région actuelle du Centre. Ce dernier groupe formé des Benes, après de profondes mutations a perdu l'usage de la langue *tunen*. La langue des Banen est le *tunen*, une langue bantoïde méridionale¹⁰, parlée par plus de 100 000 locuteurs¹¹ et 500 000 selon Sebineni¹². Au regard du taux d'accroissement naturel de la population camerounaise, nous pouvons estimer en 2019 les locuteurs du *tunen* à environ 600 000 âmes.

ORGANISATION TRADITIONNELLE DES BANEN

Le but de cette section sur l'organisation traditionnelle des Banen est de donner au lecteur des repères sociologiques pour la gestion

7. Dugast, 1955, 1967, 1975, 1980; Farelly, 1948; Mahend Betind, 1966; Abwa, 1994.

8. Ndedi, 2006.

9. Mveng, 1963.

10. Dugast, 1967.

11. Mbongue, 1997, 2005.

12. Sebineni, 2011.

des conflits en tant que références acceptées et légitimées par le collectif. Avant l'arrivée de l'administration coloniale, les Banen étaient organisés par Groupements encore appelés Cantons dans certaines communautés. Le Canton est un regroupement de plusieurs villages. Ces regroupements ont survécu aux occupations allemande et française. De nos jours encore, chaque Banen est traditionnellement en allégeance avec l'une des huit chefferies cantonales actives¹³. Les chefs de village que nous avons rencontrés dans les trois arrondissements pensent que la création de nouveaux Cantons et de nouvelles chefferies villageoises s'impose à cause de la multiplicité et de l'importance que prennent certaines familles, mais aussi à cause des velléités d'autonomie de certains clans.

Toutefois, l'unité du peuple Banen, au-delà de la dispersion géographique et de la richesse linguistique¹⁴, ne souffre d'aucune contestation. Les Banen observent avec quelques petites variantes les mêmes rites pour la naissance d'un enfant, pour le décès d'un adulte ou d'un nourrisson, lors des cérémonies traditionnelles de mariage, pour le veuvage, la naissance de jumeaux, etc. Alain Aimé Ndedi¹⁵ souligne, pour corroborer cela, que les Banen en tant que peuple autochtone du Cameroun forme un groupe homogène qui, à l'origine, n'était séparé par aucun autre groupe ethnique avant la division administrative survenue au Cameroun en 1930. On rencontre encore des adeptes de la religion traditionnelle chez les Banen ; il faut toutefois reconnaître que les Banen adhèrent majoritairement au christianisme (catholique, pentecôtisme, protestant).

L'ensemble des huit Cantons regroupe les 74 villages identifiés des Banen sur l'étendue du territoire camerounais. Chaque village est directement administré par un chef. Il s'agit d'un chef traditionnel de 3^e degré¹⁶ que le Banen appelle affectueusement *ise ye ponong* ou *Munen* ou encore dans certains cas, *Muteng* comme chez les *Elings*¹⁷. L'historien Daniel Abwa¹⁸ montre que le *Muteng* en l'occurrence était

13. Au plan politico-administratif, le canton est une chefferie traditionnelle de 2^e degré ; la chefferie traditionnelle au Cameroun est régie par le décret n°77/245 du 15 juillet 1977. Ce décret classe les chefferies traditionnelles en trois différentes catégories ou degré ; il existe ainsi par ordre croissant des chefferies traditionnelles de 3^e degré à la tête d'un village ou un quartier, des chefferies de 2^e degré qui coiffent plusieurs villages regroupés en canton et des chefferies de 1^{er} degré.

14. Nous avons pu dénombrer cinq variantes de la langue *tunen*.

15. Ndedi, 2006.

16. Le chef traditionnel de 3^e degré administre le village avec un Conseil de notables.

17. *Eling* est l'une des variantes de la langue *tunen* qui est parlée dans l'arrondissement de Nitoukou.

18. Abwa, 1994.

un négociateur, l'homme qui gère les conflits en dernier ressort, celui qui évite le conflit au sein de sa communauté. À l'origine, chaque communauté avait son *Muteng* et son *Munen*. Le *Munen* s'occupait généralement des affaires administratives et économiques alors que le *Muteng* était chargé de tout ce qui est conflit à l'intérieur et guerres avec les communautés voisines. Dans certains cas, le *Munen* était en même temps un *Muteng*; c'est d'ailleurs la situation qui prévaut dans le contexte post-moderne. Le chef traditionnel est désigné par les notables qui sont les représentants des différentes lignées qui constituent le village et confirmé par une décision de l'autorité administrative territorialement compétente. Le statut du *Muteng* qui échappe au contrôle de l'administration publique au départ est conféré à un individu par les membres de sa communauté. Les principaux critères du choix sont, entre autres, la sagacité du postulant, sa fougue guerrière et surtout la confiance que la population mettait en ses qualités humaines. C'est en fait une personne qui jouit d'une popularité et d'une confiance incontestables au sein de la société.

À l'intérieur de chaque village, on dénombre des regroupements constitués par les descendants de lignées directes, ayant généralement un ancêtre commun parfois connu et, dans certains cas, inconnu de la descendance¹⁹. Dans certaines configurations, nous avons constaté que la lignée renvoyait simplement à un regroupement géographique à l'intérieur du village. Le chef de la lignée est appelé *ise ye nikule* qui correspond au chef de famille. C'est généralement parmi les chefs de lignée que sont choisis les notables qui entourent le chef du village. Le chef de la lignée est au-dessus du chef de la maison ou *ise ye mime*. La maison dans l'organisation traditionnelle du peuple Banen regroupe les descendants d'un même aïeul. Il est au-dessus du chef de foyer/ménage ou *ise* qui peut correspondre partiellement, mais jamais totalement, au père biologique. Voilà ce que nous avons pu observer sur la hiérarchie des responsabilités traditionnelles chez les Banen. Il apparaît en définitive que le mot *ise* correspond à la notion de *pater familias* qu'on retrouve principalement dans la famille romaine ancienne.

La chefferie chez les Banen, quel que soit le degré ou le niveau hiérarchique, est héréditaire; elle va de père en fils. C'est le *Munen*, le *Muteng* ou les autres sous-chefs de leur vivant, qui désignent leur successeur parmi leurs descendants. Même si le principe semble acquis

19. Ezembé, 2013.

dans certains villages et certaines familles, à cause des efforts déployés par certaines femmes dans le développement communautaire²⁰, il n'y a pas encore de succession connue de père à fille au niveau de la chefferie villageoise. Voici par ailleurs ce que Dugast²¹ fait comme observation concernant l'organisation en lignée masculine chez les Banen de Ndikiniméki.

Ce que nous avons vu du développement en ligne masculine des clans, des sous-clans et des lignages est vrai pour toute famille élémentaire : elle est essentiellement patriarcale. Ce qui compte pour un homme, c'est d'engendrer des fils : les fils seuls continueront la lignée de leur père, car les filles iront obligatoirement se marier au loin.

De nos jours, avec le phénomène d'émancipation de la femme et le concept moderne de genre et de droit de l'Homme, on rencontre de plus en plus, à l'intérieur de certains villages, des femmes dans la position de cheffe de famille, cheffe de maison et cheffe de ménage. Il s'agit généralement de celles qui ne se sont pas mariées ou alors de celles qui, bien qu'étant parties se marier, sont choisies par leurs ascendants pour présider aux destinées de la lignée, de la maison ou du ménage. La situation a beaucoup évolué au cours des dernières décennies, car, comme nous l'a révélé un chef de famille lors d'un entretien dans l'arrondissement de Nitoukou :

Avec l'évolution du temps, le célibat des filles n'est plus vécu comme un échec ou une honte pour la famille. Le problème maintenant c'est le célibat des hommes que nous ne comprenons pas et que nous ne connaissons pas dans notre culture.

Avant d'aborder le second chapitre, une dernière remarque s'impose à propos de l'évolution de la chefferie traditionnelle chez les Banen. Pour certains informateurs, à l'instar du chef de village Ndokobassaben dans la Commune de Ndikiniméki, l'influence morale et spirituelle des chefs traditionnels et des chefs de famille sur leurs sujets est désormais fonction du charisme personnel et du degré d'enracinement culturel des détenteurs du poste. Certains comme le patriarche T. Jacques dans le même village, soutiennent cependant que l'autorité ou le pouvoir spirituel du *Munen*, du

20. Bagnéken, 2012.

21. Dugast, 1980, p. 156.

Muteng ainsi que des chefs de lignée a diminué à cause de leur statut d'auxiliaires de l'administration publique et surtout de la modernisation des procédures de gestion des litiges fonciers, des conflits interpersonnels et d'autres conflits intra ou intercommunautaires dont ils étaient auparavant les seuls maîtres.

La gestion des difficultés dans la relation parents-enfant qui nous intéresse dans ce texte commence dans la cellule familiale, ou foyer, et remonte jusqu'au niveau des chefs de village tant qu'une solution n'a pas été trouvée. Avant de continuer sur cette question, il nous semble important d'évoquer la place de l'enfant et de la femme, telle que perçue chez les Banen.

LA PLACE DE L'ENFANT ET DE LA FEMME CHEZ LES BANEN

Pour les Banen, est considéré comme enfant tout être humain qui a encore au moins un parent de la génération de son père vivant. Nous allons mieux comprendre cette définition dans le développement de cette section. Ainsi, un enfant né avant le mariage coutumier d'une jeune fille qui vit encore chez ses parents, ou alors qui dépend matériellement et financièrement de ceux-ci, appartient au père ou au grand frère de la jeune fille²². Si cet enfant est un garçon, il hérite de son grand-père ou de son oncle maternel au même titre que les autres enfants de ces derniers, en lieu et place de sa maman dont il devient, en fonction de la configuration de la lignée, le chef de ménage puisque les Banen ne reconnaissent au départ qu'une organisation sociale par lignée masculine²³.

Le développement de l'enfant correspond davantage aux aptitudes et aux acquisitions progressives au sein de la famille et de la communauté. C'est la maman et la grand-mère, lorsqu'elle est vivante, qui s'occupent du nourrisson et de l'enfant jusqu'à l'âge de 5 à 7 ans environ. Par la suite, la circoncision, l'adresse à grimper un palmier et à cueillir le vin de palme, à récolter le miel sauvage, l'aptitude à la chasse ou à la pêche, la construction de sa propre case, la possession d'un champ de culture de rente correspond aux stades de développement d'un garçon dans la société traditionnelle Banen. Le mariage²⁴ semble être l'événement majeur qui consacre l'autonomie socioéconomique du jeune homme, mais pas son indépendance

22. Mbassa Menick, 2013.

23. Dugast, 1980.

24. « Si tu es un homme, épouse une femme! », dit un adage populaire chez les Banen. Se marier dans ce contexte renvoie à un ensemble de capacités physiques, mentales, matérielles et même spirituelles qu'un homme doit avoir.

vis-à-vis de la lignée. À partir de ce moment, le garçon qui est devenu un homme au sens coutumier du terme, peut prendre part au partage des provisions de chasse, de pêche, de dot, de vin de palme, etc., qui reviennent à sa lignée. Il faut souligner comme nous l'avons mentionné plus haut que le mot enfant dans le contexte culturel Banen ne renvoie pas toujours à l'âge ou à la petitesse de la personne qu'il désigne; comme dans beaucoup de peuples en Afrique noire, on reste enfant tant que les parents de la lignée masculine sont encore vivants et on ne peut accéder à la dimension de chef de famille, de lignée ou de chef de maison, tant que les aînés sont encore vivants²⁵. Par exemple, vous ne pouvez pas décider seul du mariage de votre propre fille ou d'une autre fille de la lignée, parler de sa dot ou en disposer, tant que les aînés sont encore vivants.

Qu'en est-il de la jeune fille? L'appellation fille (*miloni, omol*) ne renvoie pas seulement à l'âge chronologique ou à la jeunesse d'une personne de sexe féminin. Ici, quel que soit son âge, la femme est toujours une fille de sa lignée, de sa sous-lignée ou de sa famille; elle joue un rôle important dans le fonctionnement du groupe et notamment en cas de conflit. Elle se marie en principe, en échange de quelques cadeaux qu'on appelle communément la dot. Mais la phrase rituelle chez les Banen, prononcée par le chef de la lignée qui préside la cérémonie traditionnelle du mariage constitue tout un programme: «J'accepte de prendre votre vin, je vous donne ma fille, je vous donne son corps, mais pas sa tête.» En effet, le mot tête qui est traduit en langue *tunen* par *moloa wo mond* signifie également l'être humain. Ce qui revient à dire que le Banen ne se sépare pas en réalité de sa fille en l'envoyant se marier; elle sera toujours sollicitée et présente dans toutes les cérémonies traditionnelles de sa lignée. Cependant, malgré son âge, elle sera toujours appelée affectueusement par les hommes, adultes comme jeunes de sa lignée «notre fille» et en fonction des actes qu'elle pose et du rôle qu'elle joue, on dira notre «noble fille» ou «*miloni ye itume*». Elle conserve en fait son statut de fille pendant toute sa vie.

La femme, prise ici dans le sens de l'épouse, joue un rôle primordial dans la communauté Banen et notamment dans la transformation d'un conflit qui oppose un enfant aux autres membres de la lignée. Elle conserve le lien affectif privilégié et fusionnel acquis au moment de l'allaitement du nourrisson. Même si cela ne s'observe pas toujours

25. Ezembé, 1995.

en public, la femme Banen est la personne à qui on ne désobéit pas lorsqu'elle intervient en tant que maman. C'est pour cela que tous les hommes de la génération de son mari l'appellent « notre épouse » et tous ceux qui sont plus jeunes ou enfants l'appellent « maman ». Si elle est l'épouse du chef du village ou du chef de la lignée, tout le monde l'appelle affectueusement « maman ». Elle entre en scène et joue un rôle majeur dans la transformation des conflits familiaux. Elle est médiatrice par excellence.

LA GESTION DES CONFLITS FONDÉE SUR LE RÔLE ET LE STATUT SOCIAL DES ACTEURS

La transformation des conflits parents-enfant fondée sur le rôle et le statut social des acteurs repose sur une forme de justice de type coutumier et intergénération. En effet, certains peuples africains comme les Banen ne comprennent l'individu que dans la perspective de sa lignée et non dans un espace fermé ou familial²⁶. La lignée a l'avantage de rattacher l'individu à son ancêtre le plus éloigné²⁷ qui peut être vivant ou mort et, dans certains cas, imaginaire. Avant d'aborder la question de la transformation des conflits parents-enfant dans le processus de socialisation, il nous semble judicieux de faire un rappel en replaçant le lecteur dans le contexte post-moderne de la protection de l'enfant. Seules seront évoquées, dans ce cadre, les dispositions pertinentes de la Convention internationale des Nations Unies relative aux droits de l'enfant entrée en vigueur le 20 novembre 1989.

PROTECTION DE L'ENFANT DANS LE CONTEXTE DE LA CONVENTION DE NATIONS UNIES DU 20 NOVEMBRE 1989 RELATIVE AUX DROITS DE L'ENFANT

Avec une évolution désormais sensible du statut social de la femme²⁸ qui a entraîné une redéfinition de la forme de la famille et des rôles de chaque membre²⁹, la réflexion et les actions relatives à la

26. Ezembé, 2013.

27. Mbassa Menick, 2013.

28. Il convient de signaler ici que la Convention sur l'élimination de toutes formes de discriminations à l'égard des femmes (CEDEF) est entrée en vigueur en 1979, soit dix ans avant celle relative à la protection des droits de l'enfant. Dans cette perspective, on est en droit de penser que la protection des droits de l'enfant aujourd'hui est la conséquence du processus d'atomisation de la cellule familiale dont l'émancipation de la femme inauguré au début des années 1970 (Boserup, 1970) et soutenue par des programmes comme l'Intégration de la femme au développement (IFD), Femmes et Développement (FED) et la théorie du genre constituent une des facettes les plus importantes.

29. Tsala Tsala, 1992.

protection de l'enfant contre les mauvais traitements ont gagné en intensité. L'une des conséquences importantes de ce processus reste incontestablement l'adoption de la Convention internationale des Nations Unies relative aux droits de l'enfant (CDE) le 20 novembre 1989. Cette Convention qui a pour la première fois dans un texte officiel de portée internationale retenu une définition largement partagée de la maltraitance infantile a également le mérite d'avoir forgé de façon irréversible l'enfant en sujet et acteur du droit. Cette évolution juridique a eu un impact sur le rôle et le statut social de l'enfant ; c'est la raison d'être de cette partie au début de notre texte.

En effet, comme le fait observer Queloz³⁰, les vingt dernières années du XX^e siècle ont été placées, au niveau international, sous le signe de la reconnaissance et de la consolidation des droits des enfants et des jeunes. Ce constat souligne l'importance de comprendre ce qui se passe dans les pays du monde autour de cette question. La Convention internationale des Nations Unies relative aux droits de l'enfant est en effet allée plus loin que les promesses habituelles des États et des dirigeants du monde, en identifiant des droits relatifs à la personnalité propre de l'enfant tels que le droit à la liberté d'expression, à la vie privée, à la dignité, à l'intégrité corporelle et morale, à l'éducation primaire, à des soins de santé appropriés, entre autres. Comme le mentionne l'organisation non gouvernementale Défense des enfants international dans son rapport annuel 2003-2004, au moins deux implications majeures en matière de protection de l'enfant au niveau des États et de la famille ont pu dès lors être observées : premièrement, la Convention ne permet plus de considérer l'enfant uniquement comme la propriété de ses parents, de sa communauté ou le bénéficiaire passif de la charité des autres, mais comme une personne ayant des droits et pouvant les revendiquer directement ou indirectement par le canal d'une tierce personne ; deuxièmement, tout en reconnaissant que cette Convention est précédée de plusieurs traités internationaux concernant les droits de l'enfant, elle reste le point de départ d'une nouvelle approche légale tenant les gouvernements comme responsables si les enfants manquaient de ce dont ils ont besoin pour leur plein épanouissement et leur développement.

30. Queloz, 2002.

En d'autres termes, si avant cette Convention, les droits des enfants étaient presque uniquement une préoccupation humanitaire et volontariste, ils sont désormais inscrits dans la loi et incitent les États à instaurer un ensemble de dispositions régionales ou nationales pour sa mise en œuvre. C'est dans cette perspective d'internalisation qu'en 1990, lors de la 26^e Conférence des chefs d'État et de gouvernement, l'Organisation de l'Union africaine³¹ va adopter la Charte africaine des droits et du bien-être de l'enfant, marquant ainsi une adhésion particulière du continent africain au texte international. Au-delà de cette volonté d'uniformisation du statut juridique de l'enfant, plusieurs préoccupations accompagnent l'utilisation de ces instruments : nous pensons notamment à leur adéquation aux mécanismes traditionnels en cours dans la famille et au sein de chaque communauté. Ce qui ne manque pas de susciter quelques questionnements au regard de la conception de l'enfant dans l'univers traditionnel camerounais. Ainsi, plusieurs questions se posent : comment se fait la mise en œuvre de la CDE dans le contexte camerounais ? Quels peuvent être les impacts de la CDE sur le statut anthropologique de l'enfant ? Les dispositions de la CDE permettent-elles d'améliorer la protection de l'enfant dans tous les contextes camerounais toujours marqués par leur attachement à la culture du terroir ?

La réponse à ces questions pourrait certainement permettre d'engager une analyse pertinente des impacts du processus d'atomisation de la cellule familiale traditionnelle dans un contexte qui met en difficulté l'autorité du *pater familias* dans son rôle de chef en raison d'une insuffisance légale de sa capacité et de ses moyens de contrôle de l'ensemble des membres et des ressources de son groupe³². Cette remise en question de la famille traditionnelle par la pénétration des politiques publiques dans la sphère domestique de protection des enfants est célébrée par les uns comme une libération contre la « dictature du groupe »³³ et par d'autres comme le symptôme de l'effondrement de l'institution familiale. Elle influence certainement l'approche de la gestion des conflits parents-enfant, fondée sur le rôle et le statut social des acteurs pourtant privilégiés par la société traditionnelle Banen.

31. L'Organisation de l'Union africaine (OUA) est devenue depuis le 9 juillet 2002, Union africaine (UA).

32. Tsala Tsala, 1992.

33. Etounga-Manguelle, 1991.

DE LA GESTION DES DIFFICULTÉS**DANS LA RELATION PARENTS-ENFANT À LA MALTRAITANCE**

Avant d'aborder la question relative à la gestion des difficultés dans la relation parents-enfant chez les Banen, il nous semble utile de dire un mot sur la maltraitance en tant que préoccupation de recherche et problème rencontré sur le terrain.

La maltraitance infantile dans la société traditionnelle Banen

Les échecs dans la gestion des difficultés souvent inévitables dans la relation sociopédagogique au sein de la famille sont généralement à la base des mauvais traitements envers les enfants. Les informations que nous récoltons sur le terrain poussent à croire que, très souvent, c'est l'ignorance des approches non violentes qui conduit les parents à recourir à des pratiques jugées maltraitantes³⁴. Généralement, c'est la seule envie de bien faire qui anime le parent et non le contraire. Du coup, la typologie des mauvais traitements envers les enfants chez les Banen et même dans plusieurs traditions africaines est différente de celle qui est reconnue par l'Occident et souvent privilégiée dans les instruments internationaux de protection de l'enfant. L'éducation traditionnelle Banen n'accepte pas la maltraitance infantile même si, à l'observation des faits, plusieurs pratiques socio éducatives peuvent être questionnées par la société moderne à la suite de l'entrée en vigueur de la CDE que nous avons mentionnée plus haut. Chez les Banen, l'évocation du mot maltraitance dans le processus de socialisation ne laisse personne indifférent.

La maltraitance³⁵, dans la culture Banen, renvoie à toutes formes d'injustices et de peines subies par un plus faible ou un plus petit. La forme la plus connue, et même la plus courante, concerne les souffrances et les injustices endurées par les veuves et les orphelins-e-s. C'est seulement avec l'urbanisation de la sphère domestique que la maltraitance a commencé à s'appliquer à certaines formes de violences physiques, psychologiques, à la négligence ou à des abus subis par les enfants et les femmes dans le cadre d'une relation de dépendance vis-à-vis d'un parent ou d'un époux en position de force ou de pouvoir.

Perdre un parent ou ses deux parents pendant qu'on est encore mineur au sens moderne du terme est une dure épreuve. Pour assurer la continuité du lien parental dans la société traditionnelle,

34. EMIDA – UNICEF, 2000.

35. Le synonyme en langue *tunen* est *metekesene*.

l'enfant est généralement confié à un adulte souvent membre de la famille élargie. C'est dans ce contexte de confiage que plusieurs enfants (orphelin-e-s) font l'expérience des mauvais traitements qui se caractérisent alors par des privations alimentaires, des corvées, des travaux domestiques et champêtres non appropriés à l'âge de l'enfant, la ségrégation dans l'éducation, le manque de témoignages affectifs, un manque ou un déficit injustifié dans la satisfaction des besoins essentiels entre l'orphelin et les autres enfants dans le foyer, les abus de pouvoir ou d'autorité, etc. Il arrive souvent que l'orphelin-e estime être en capacité de vivre seul-e et ne soit pas confié-e de ce fait à un adulte de la famille. Dans ce cas, il ou elle fait le choix de subir les mauvais traitements que va lui imposer son entourage immédiat représenté ici par les oncles, les tantes et les autres aînés de la famille puisque, pour ceux-ci, il ou elle restera toujours un enfant. Ces derniers peuvent par exemple chercher à lui arracher tout ou partie du champ de son père, sa maison, son bétail, ses parcelles de terre, etc. Tout cela constitue des formes de mauvais traitements que subissent les orphelin-e-s dans la société traditionnelle Banen.

Le second tableau où nous avons découvert et observé de nombreux cas de mauvais traitements des enfants chez les Banen concerne les enfants confiés par leurs parents à d'autres parents pour des raisons diverses : pauvreté des parents géniteurs, rapprochement de l'enfant vers un établissement scolaire, besoin d'un enfant exprimé par la famille d'accueil ou d'un parent qui sollicite une famille proche ou amie, etc. Les types de mauvais traitements observés à ce niveau ne sont généralement pas différents de ceux subis par les orphelin-e-s.

À côté de ces deux contextes, il existe la maltraitance des enfants dans leur propre famille. Plusieurs parents continuent à penser que la souffrance permet à l'enfant d'acquérir plus rapidement des compétences de vie³⁶. Comme nous l'avons mentionné dans l'introduction de ce texte, il est rare de voir des parents qui n'aient pas à se plaindre de l'esprit d'indépendance et même de révolte dont leurs enfants font preuve. Les tensions dans le cadre du processus de socialisation sont généralement dues à cette difficulté éprouvée tant par les parents que par les enfants à comprendre et à accepter les attentes des uns et des autres. Surtout que, dans la société traditionnelle, le renouvellement de la classe des parents³⁷ n'est pas lié à une

36. Ezembé, 1995, 2013.

37. Le renouvellement de la classe des parents intervient chaque fois après le décès d'un parent qui occupe une position de mâle dominant dans la famille.

compétence, à un âge biologique ou à une quelconque popularité proche des systèmes démocratiques. À moins d'un surclassement intergénération³⁸ ou d'une succession à la suite du décès de l'aîné régnant, chez les Banen, l'enfant restera toujours un enfant tant que ses parents seront vivants³⁹. Puisqu'il s'agit d'une question de génération, nous avons vu des personnes âgées socialement dépendantes et placées sous la responsabilité des jeunes ayant parfois l'âge de leurs enfants et même de leurs petits-enfants. Cependant, quel que soit l'âge, chaque Banen doté de bon sens, connaît son statut social surtout lorsqu'il s'agit de gérer une situation compliquée, à l'instar d'un conflit avec une personne d'une autre génération. Dès l'enfance, les jeunes générations sont éduquées dans le sens du maintien de ces normes et de ces pratiques. Tsala-Tsala (1991)⁴⁰ évoque cette position en ces termes :

Très tôt, l'enfant est formé à l'idée que tout comportement déviant peut avoir des conséquences néfastes pour le groupe auquel il appartient. Son éducation morale consiste essentiellement à assimiler pour les mettre en pratique, les notions d'obéissance et de devoir de solidarité naturelle.

Dans le contexte de la modernité, les conflits parents-enfant sont plutôt perçus comme le résultat d'un besoin que certains enfants vont avoir de faire des expériences, souvent pour imiter l'adulte ou pour se défaire de sa tutelle. Ce besoin d'essayer par soi-même, de faire des expériences est perçu par l'entourage comme une nécessité pour le développement de l'enfant et tout spécialement pour le développement de son imagination, de sa faculté à créer et à comprendre ce qu'il fait, ce qui se passe autour de lui. La gestion du conflit qui survient dans ce contexte est analysée, évaluée et transformée en fonction des intérêts des parties et principalement des intérêts de l'enfant. Le parent va, par exemple, tenir compte de l'âge de l'enfant, des besoins liés à son épanouissement, de sa santé, des facteurs comme son développement physique, intellectuel, émotionnel, social, de son confort environnemental, etc.

38. Dans la société traditionnelle Banen, il arrive que certains enfants, à cause des aptitudes dont ils font preuve, soient appelés à siéger avec les parents pour prendre des décisions importantes ; on parle alors d'un surclassement intergénération.

39. Ezembé, 1995.

40. Tsala-Tsala, 1991.

La société traditionnelle regarde le problème différemment. Chaque difficulté s'inscrit dans la perspective de la réalisation de l'être social de l'enfant tel que voulu par le groupe. La justice coutumière est rendue sur la base d'une hiérarchie établie et reconnue des statuts et des rôles des acteurs en conflit. Le droit coutumier est d'essence divine puisqu'il est rendu par des personnes qui ont un statut divin ; c'est-à-dire les aînés, dont il est difficile de remettre en cause les décisions. Ce droit s'organise autour d'un référent religieux, en l'occurrence le Père, au sens de représentant des ancêtres de la lignée. À ce titre, ce père est craint et intouchable, il possède tous les droits sur ses enfants et les autres membres de son groupe en fonction du rôle et du statut reconnus ou attribués à chacun et à chacune⁴¹.

La définition du concept « rôle social », utilisée dans ce texte, est relativement simple. Nous l'entendons comme un ensemble de comportements associés à un statut social ou encore comme la manière dont un acteur social doit se comporter pour pouvoir être intégré au sein de son milieu social. Le rôle social de ce point de vue obéit au processus d'assimilation et d'accommodation dont parle Piaget et actualise également chez chaque personne une manière unique de se présenter dans l'accomplissement de son rôle. Le concept de rôle n'est donc pas statique, et ne résiste pas indéfiniment au temps qui passe et au changement des lieux et des statuts sociaux, même dans la société traditionnelle Banen. Nous pouvons nous référer à l'exemple présenté plus haut du *Munen* et du *Muteng* qui désignent parfois la même personne et parfois un guide spirituel, un guerrier ou un médiateur. Le rôle n'est pas toujours saisissable dans le comportement d'un individu. Moins abstrait que le statut, il renvoie à un modèle social qui inspire le comportement de chaque individu. Ce modèle est défini et soutenu par les attentes des membres du groupe. Pour mieux comprendre un rôle, il est parfois suffisant de regarder et d'observer le comportement d'un groupe de personnes ayant le même statut social en dégagant les traits récurrents et communs. Dans le cadre de cette contribution, nous allons nous intéresser uniquement à la dimension familiale du rôle social.

Le statut social, quant à lui, fait référence à la position qu'un individu occupe au sein d'une organisation sociale donnée. Il est conféré par un attribut qui peut être acquis ou prescrit. Des droits

41. Ezembé, 1995; Mbassa Menick, 2013.

et des obligations sont attachés à chaque statut ; certains statuts étant plus prestigieux que d'autres au sein d'un même groupe.

Appliquons à présent toutes ces définitions au contexte culturel Banen à propos de la gestion des conflits parents-enfant. Le refus d'un enfant, quel que soit son âge de se soumettre à sa tante paternelle n'est pas géré par le collectif comme le refus d'obéir à sa propre maman. Le premier cas est une atteinte à la cohésion du groupe familial et sera traité avec plus de diligence et de fermeté. La tante paternelle, si elle n'est pas mariée a, à peu près, le même statut social que son frère qui est le père. Si elle est mariée, elle détient au moins trois statuts : celui que nous venons d'évoquer plus haut donc de père-féminin, celui d'ambassadrice de sa lignée auprès de la lignée de son mari et celui de représentante de son mari auprès de sa famille d'origine. Toutes les affaires la concernant et notamment en matière de conflit relationnel avec un enfant de sa famille d'origine, sont traitées et gérées par le chef de famille, *ise ye nikule* en fonction de ces trois postures. Si en plus, et en fonction du rôle qu'elle joue, elle est reconnue comme *miloni ye itume*, ses affaires sont gérées par le plus habile *Muteng* ou médiateur de la communauté. Une telle perception ne donne aucune chance à l'enfant de jouir pleinement de ses droits au sens des instruments juridiques modernes qui pourraient y déceler plusieurs formes de mauvais traitements envers l'enfant en question.

Prenons maintenant le cas d'un conflit avec la tante maternelle, la situation sera encore plus complexe et la sanction envers l'enfant qui n'aura jamais raison, en cas d'échec d'une médiation, immédiatement enclenchée par le chef de la maison, *ise ye mime*, encore plus sévère, puisqu'on parlera d'injure ou d'agression dans un contexte où la belle-famille occupe toujours une place de privilégiée et cela même longtemps après le décès des conjoints.

Les difficultés entre un enfant et sa maman, surtout s'il s'agit de la génitrice, sont gérées par elle-même ou le cas échéant avec une de ses coépouses⁴² dans la cuisine⁴³. Dans le pays Banen, une maman n'expose jamais les problèmes de son enfant en public.

42. Même si la polygamie reste la norme dans la société traditionnelle Banen, la coépouse, dans ce contexte, n'est pas nécessairement l'autre épouse du mari ; il s'agit surtout d'une femme ayant le même statut social que la maman offensée qui a des habiletés reconnues dans la transformation des difficultés.

43. La cuisine, elle aussi, ne renvoie pas à un espace physique. Il s'agit de tout espace placé sous le contrôle des femmes. Cet espace peut être en dehors de la cuisine proprement dite ; il peut être le champ de culture vivrière, la chambre à coucher de la femme, la rivière, etc.

C'est la femme qui s'occupe de la socialisation de l'enfant en bas âge⁴⁴. Du coup, c'est elle qui gère toutes les difficultés relationnelles liées à cette tranche d'âge : le respect dû aux aînés, l'âge du mariage, la soumission à la hiérarchie familiale et du village, les rôles et les statuts sociaux au sein de la communauté, les apprentissages de base comme la politesse, la propreté, les heures de coucher et de réveil, etc.

Lorsque l'enfant était⁴⁵ maltraité ou en désaccord avec son parent ; qu'il s'agisse du géniteur (*ise*) du chef de la maison (*ise ye mime*) ou du chef de famille (*ise ye nikule*), il avait toujours la possibilité de se réfugier chez un autre membre de la famille, généralement le plus proche dans le voisinage. Ce membre avait l'obligation d'accueillir l'enfant et de le raccompagner lorsqu'il estimait que la colère du parent avait baissé. Aucun parent ne peut aller chercher son enfant dans son refuge familial, quel que soit la faute ou le degré de sa colère. Dans les cas les plus fréquents et cela est encore valable de nos jours, les conflits entre le parent et l'enfant sont gérés par la maman. Si elle n'y parvient pas, elle sait toujours vers qui il faut diriger l'enfant dans la famille pour qu'il soit écouté et qu'il obtienne une piste de réconciliation avec son parent.

La situation extrême reste le refuge chez un membre de la famille maternelle. Dans ce cas, c'est toute la hiérarchie du village qui se mobilise pour laver l'affront. Ce sont des cas de plus en plus rares, mais que nous avons pu observer ces dernières années. Ils surviennent généralement lorsque l'enfant, qui a par exemple perdu son géniteur, constate qu'il n'arrive pas à rentrer en possession d'un héritage laissé par celui-ci en raison du mauvais comportement d'un autre membre de la famille, généralement plus âgé que lui.

Pour toutes les situations qui viennent d'être évoquées, le parent ne se considère jamais comme l'adversaire de son enfant dans un conflit et cela au regard de son statut et des référentiels culturels du peuple Banen en matière de gestion des conflits. Un adage très connu dit en effet : « On ne juge pas avec son père ! » Cet adage est régulièrement opposé contre toute démarche qui vise à gérer un conflit parents-enfant sans prise en compte du rôle et du statut des acteurs dans la famille ou la communauté. Cette difficulté est

44. Ezembé, 2003 ; Mbassa Menick, 2013.

45. Nous choisissons de parler à l'imparfait parce que cette forme de socialisation conserve davantage une valeur historique à cause de l'urbanisation croissante de l'espace familial. Beaucoup d'enfants, dans la génération actuelle, pourraient ne pas se reconnaître dans cette description.

un écueil que doivent surmonter quotidiennement les formateurs locaux EMIDA dans les centres d'écoute et d'accompagnement. Lorsqu'un formateur n'arrive pas à transformer une difficulté entre un parent et son enfant avec la mobilisation de la hiérarchie familiale qui agit sur les rôles et les statuts sociaux des acteurs, les cas sont d'abord référés au niveau du siège d'EMIDA et lorsque la situation s'avère délicate, nous faisons appel au centre social compétent. Dans certaines circonstances, les autorités judiciaires ou de maintien de l'ordre peuvent intervenir en mobilisant cette fois les instruments juridiques en vigueur.

Comme il a été mentionné plus haut, l'urbanisation croissante de l'espace familial ne facilite plus la mobilisation de tous ces mécanismes traditionnels de gestion des conflits, pour le grand malheur des anciennes générations qui ne reconnaissent plus leur peuple. C'est dans ce contexte culturel hybride et parfois trouble qu'EMIDA est appelée à mettre en œuvre son programme de prévention des mauvais traitements envers les enfants fondé sur le renforcement des compétences parentales. Un contexte culturel hybride et trouble parce que le peuple Banen ne vit pas en vase clos. Il est désormais soumis à la dynamique des échanges perpétuels avec les autres civilisations qui enrichissent et diluent ses pratiques socioculturelles malgré une apparente solidité. En essayant toujours de découvrir et de valoriser les expériences culturelles positives de ce peuple lors de ses interventions, la démarche d'EMIDA présente et propose également le contexte international qui a définitivement transformé l'enfant en sujet de droit avec des avantages comparatifs. Il n'est donc point question ici de privilégier telle approche ou telle autre, mais de rechercher chaque fois la démarche qui protège l'équilibre du groupe et le développement des richesses potentielles de l'enfant.

CONCLUSION

L'urbanisation croissante de l'espace familial et communautaire ainsi que les différentes rencontres culturelles déformantes⁴⁶ avec des civilisations parfois plus conquérantes et mieux structurées ont introduit des dysfonctionnements dans l'univers traditionnel africain⁴⁷.

46. Kangè Ewane, 1985.

47. Ezembé, 1995.

La famille contemporaine est régulièrement confrontée à la modernité et présente très souvent des signes de défaillance dans sa capacité à maîtriser les jeunes générations qui, de leur côté, cherchent à s'insérer tant bien que mal dans un village planétaire dont elles ne maîtrisent pas toujours les codes. Le comportement de l'enfant dans un environnement hybride est une source constante de difficultés qui fragilisent la cohésion du groupe et sa relation avec les adultes chargés de son éducation. Les traditions se modifient sous la double pression de la modernité et de la mondialisation. La famille africaine contemporaine est en déshérence, car elle cherche désespérément une nouvelle identité entre les valeurs traditionnelles qui avaient naguère assuré une certaine stabilité et les exigences de la modernité qui la contraignent à se réorganiser pour continuer à exister.

Notre contribution à la recherche des solutions idoines pour la protection de l'enfant a pris corps dans un environnement international favorable au respect des droits de l'enfant face à la rigidité de certains déterminants socioculturels. Elle s'est fixé pour objectif de comprendre et d'expliquer la gestion des difficultés dans la relation entre l'enfant et son environnement familial. Notre démarche vise principalement à comprendre la substitution d'un ordre nouveau, décrété et légiféré par des instruments juridiques, les traités et les conventions internationales à un ordre traditionnel fondé sur une conception différente de l'enfant et légitimée par les us et coutumes. Cette situation préoccupante nous a amenés à poser la question sous-jacente qui a guidé cette réflexion : comment mettre en place des politiques publiques idoines pour la protection de l'enfant contre les mauvais traitements dans le contexte actuel de la famille Banen ?

Cette question nous a permis d'observer et de décrire, dans un premier temps, l'organisation du peuple Banen qui, dans son fonctionnement traditionnel, privilégiait une approche de transformation des conflits parents-enfant fondée sur les rôles et les statuts sociaux des acteurs. Nous avons également observé et décrit l'impact des engagements internationaux du Cameroun sur la famille ainsi que la réponse d'EMIDA, une organisation de la société civile, dans le cadre de la mise en œuvre de son programme de renforcement des compétences parentales pour mieux prévenir les mauvais traitements envers les enfants. Les résultats permettent finalement de comprendre que la famille camerounaise, à l'instar de la famille

Banen est en crise. Elle est en pleine résistance face à la forte irruption de l'État en son sein et n'arrive plus à jouer efficacement son rôle de premier acteur de la socialisation primaire de l'enfant. Cette crise inaugurée avec l'amorce du processus d'émancipation de la femme et la transformation de l'enfant en sujet de droit a provoqué au moins deux effets majeurs sur son fonctionnement: d'abord la disqualification de certains comportements sociopédagogiques comme la soumission du cadet à l'aîné et au groupe, le respect de l'interdit, l'initiation coutumière, la maîtrise de la fratrie, la taille de la famille, entre autres; des comportements qui étaient auparavant révélateurs d'un système singulier de valeurs et conformes à la vision et la conception de l'humain dans la société traditionnelle Banen par exemple. Ensuite, la fragilisation du pouvoir du *pater familias* avec l'investissement de l'État comme seul régulateur des rapports et des tensions entre les membres de la famille.

Cette contribution est l'amorce d'un processus qui permettra d'approfondir les recherches sur la confrontation, l'interpénétration des courants de pensée et l'apport des mécanismes traditionnels dans la mise en œuvre des politiques publiques de protection de l'enfant contre les mauvais traitements dans le contexte culturel camerounais. Nous espérons relancer une nouvelle réflexion dans ce sens à la suite d'autres contributions dont l'utilisation des données et du vocabulaire nous a été d'une grande utilité.

BIBLIOGRAPHIE

ABWA, Daniel (1994), *Commandement Européen, commandement indigène au Cameroun sous administration française de 1916 à 1960*, thèse de doctorat d'État de l'Université de Yaoundé, Cameroun.

BAGNÉKEN, Claude Olivier (2012), *Participation de la femme au développement: cas de la femme banen dans la Commune de Ndikiniméki*, Yaoundé, UPAC, mémoire de Master en sciences sociales et relations internationales.

BOSERUP, Esther (1970), *Women's Role in Economic Development*, New York: St Martin's Press, 1970 paru en français (1983) sous le titre: *La femme face au développement économique*, Paris: PUF.

DUGAST, Idelette (1955), *Monographie de la tribu des Ndiki (Banen du Cameroun)*, Paris: Institut d'ethnologie.

DUGAST, Idelette (1967), *Lexique de la langue Tunen : parler des Banen de la région du Littoral et Centre du Cameroun*, Paris: C. Klincksieck.

DUGAST, Idelette (1975), *Contes, proverbes et devinettes des Banen, Sud-Ouest du Cameroun*, Paris: Société d'études linguistiques et anthropologiques de France.

DUGAST, Idelette (1980), *Monographie de la tribu des Ndiki (Banen du Cameroun). T. II: Vie sociale et familiale*, Paris: Institut d'Ethnologie.

EMIDA-UNICEF (2000), *Enquête sur les violences éducatives faites sur les enfants dans les familles et à l'école primaire au Cameroun*, Yaoundé, Cameroun.

ETOUNGA-MANGUELLE, Daniel (1991), *L'Afrique a-t-elle besoin d'un programme d'ajustement culturel?*, Paris: Éditions Nouvelles du sud.

EZEMBÉ Ferdinand (1995), «Droits de l'enfant et approche de la maltraitance dans les cultures africaines», *Migrants Formation*, n°103, pp. 60-70.

EZEMBÉ Ferdinand (2003), «Don et abandon des enfants en Afrique», in Myriam Szejer et Louise Lambrichs (éds), *Le bébé face à l'abandon, le bébé face à l'adoption*, Paris: Albin Michel, pp. 225-246.

EZEMBÉ, Ferdinand (2013), *L'enfant africain et ses univers*, Paris: Karthala.

FARELLY, Maurice (1948), *Chronique du pays banen (au Cameroun)*, Paris: Société des missions évangéliques.

GALTUNG, Johan (2010), *Transcendance et Transformation des Conflits. Une introduction au métier de Médiateur*, Yaoundé: PUPA-APUP.

KANGE EWANE, Fabien (1985), *Semence et moisson coloniales. Un regard d'Africain sur l'histoire de la colonisation*, Yaoundé: Éditions CLE.

MAHEND BETIND, Pierre Liebert (1966), *Rites et croyances relatifs à l'enfance chez les Banen du Cameroun*, Paris: Présence Africaine.

MBASSA Menick D. (2013), *Impact de la culture dans la prise en charge de l'enfant en pratiques éducatives, familiale et sociale*, Communication présentée aux Conférences sur la Semaine de

l'Enfance, organisées par l'Institut Français du Congo à Pointe Noire, octobre 2013.

MBONGUE, Joseph (2005), *Macro-approach of tunen Bible translation: An application of the key biblical termini*, Berne: Peter Lang.

MBONGUE, Joseph (1997), *L'intercompréhension et le plan de développement d'une langue: cas du tunen*, Yaoundé, Université de Yaoundé 1.

NDEDI, Alain Aimé (2006), *Restoration of cultural identity: the case of the Banen tribe in Cameroon*. En ligne: <https://ssrn.com/abstract=877868>.

MVENG, Engelberg (1963), *Histoire du Cameroun*, Paris: Présence Africaine.

QUELOZ, Nicolas, et REPOND BÜTIKOFER, Frédérique (2002), «Évolution de la justice des mineurs en Suisse», *Déviance et Société*, n°3: *La justice pénale des mineurs en Europe*, pp. 315-328.

SEBINENI, Flore Alphonsine (2011), *Esquisse de la phonologie lexicale du Tunen (A44)*, Mémoire présenté en vue de l'obtention du diplôme de Master en Linguistique générale et appliquée, Yaoundé, Université de Yaoundé 1.

TSALA-TSALA, Jacques-Philippe (1991), «Thérapie familiale systémique et famille africaine contemporaine: le cas du Cameroun», *Thérapie familiale*, vol. 12, t. 2, pp. 110-120.

TSALA-TSALA, Jacques-Philippe (2004), «Fonctions parentales et recomposition familiale: Clinique d'une famille camerounaise», *Le Divan familial*, vol. 2, t.13, pp. 139-150.

TSALA-TSALA, Jacques-Philippe (1992), «Souffrance familiale et famille en souffrance. La famille camerounaise entre le village et la ville», *Cahiers de sociologie économique et culturelle*, vol. 18, pp. 99-113.

LA PRÉVENTION DE LA MALTRAITANCE ENVERS LES ENFANTS: RECOMMANDATIONS INTERNATIONALES ET TRANSPOSABILITÉ CULTURELLE

FABRICE BRODARD¹ ET CAROLINE NAUDIN

La maltraitance envers les enfants et les adolescent·e·s est un problème largement répandu dans le monde. Chaque année, il est estimé qu'au moins un milliard d'enfants est affecté par la violence, ce qui représente la moitié des enfants à travers le monde¹. La maltraitance envers les enfants est reconnue comme un problème de santé publique, au niveau international, en raison des nombreuses conséquences qu'elle entraîne pour l'enfant qui la subit, aussi bien à court terme qu'à long terme.

ÉTAT DE LA QUESTION/DU PROBLÈME

En se fondant sur la littérature scientifique, les instances internationales (ONU, OMS, UNICEF, etc.) ont édicté plusieurs chartes et préconisent des formes d'intervention précoces et des mesures de prévention. Elles soulignent aussi l'importance particulière de la prévention pour les pays à faibles revenus dans lesquels la prévalence de la maltraitance est souvent plus élevée. En effet, la maltraitance dans ces pays est caractérisée par une grande prédominance de violence physique et d'abus sexuels. De plus, bien que moins étudiés dans ces contextes, les abandons, la négligence et la violence psychologique sont également présents, tout comme le trafic d'enfants². Cependant, les mesures préconisées sont-elles adaptées à des contextes culturels montrant des valeurs très différentes? Les pays à faibles revenus ont-ils les capacités pour mettre en place ces mesures développées dans des pays plus riches? Et comment adapter la prévention dans les pays occidentaux pour qu'elles puissent toucher les populations migrantes? Est-ce que

1. Pinheiro, 2006.
2. OMS, 2010.

l'adéquation culturelle des interventions permet de maintenir leur efficacité ou vaudrait-il mieux développer de nouvelles formes d'intervention avec les communautés concernées?

Ce chapitre vise à présenter les bonnes pratiques valorisées au niveau international et leur transposabilité vers d'autres cultures. Nous porterons principalement notre attention sur les abus physiques et psychologiques ainsi que la négligence. Ces maltraitements peuvent se manifester dans divers contextes: les communautés, les institutions, les écoles, mais également dans les familles. Dans le cadre familial, l'impact de la maltraitance est très marqué, car les enfants se voient infliger de la souffrance dans un contexte considéré comme sécurisé. Nous avons donc fait le choix d'aborder surtout la prévention de la maltraitance dans ce milieu, qui est sans doute la plus étudiée et celle qui semble avoir la plus grande portée sur le développement de l'enfant.

Nous commencerons par rappeler brièvement les conséquences que peuvent avoir ces différentes formes de maltraitance sur l'enfant, puis nous enchaînerons sur les autres arguments qui justifient une prévention. Un survol des approches préventives recommandées, ainsi que leurs preuves scientifiques, sera présenté avant d'aborder les défis pour proposer de telles approches à différents groupes culturels.

POURQUOI PRÉVENIR ?

Dans son rapport concernant les pratiques disciplinaires dans les pays en développement, l'UNICEF³ mentionne que la moitié des enfants a subi de la violence physique de la part d'un parent au cours du mois qui précédait. Les violences psychologiques, quant à elles, touchent trois enfants sur quatre. Dans la majorité des cas, les pratiques parentales violentes se manifestent dans un environnement où les parents adoptent également des pratiques non violentes. Cependant, lorsque de telles pratiques surviennent, elles combinent fréquemment différentes formes de maltraitance. Ainsi, la punition physique et la violence psychologique se produisent souvent conjointement. Les conséquences de chacune d'elles ne sont donc pas aisément saisissables. De façon générale, les enfants ayant vécu de la maltraitance sont plus à risque d'être sujets à

3. UNICEF, 2017.

d'autres types d'agression. Que ce soit en conséquence de violence physique, psychologique ou de négligence, les enfants auront plus de risque de développer un trouble dépressif, mais aussi de présenter des comportements agressifs⁴. Chez les enfants qui subissent de la maltraitance physique ou psychologique, des troubles anxieux et des comportements suicidaires sont plus fréquemment observés, de même qu'une consommation de substances et des comportements sexuels à risque⁵. Les conséquences de la violence psychologique et de la négligence se recourent également. En effet, ces types de violence peuvent mener à plus de délinquance et de comportements antisociaux. De même, l'enfant pourra être plus impulsif, inattentif ou hyperactif. Il a également été constaté que les enfants subissant ces deux formes de maltraitance ont de moins bonnes compétences sociales et un niveau d'estime de soi plus faible que les enfants qui n'en subissent pas. Plus précisément, les enfants négligés, de par leur faible estime de soi, sont plus en retrait et perçoivent peu de contrôle sur leur vie. Ces enfants auraient également une moins bonne compréhension des émotions. Concernant les enfants victimes de violence psychologique, ceux-ci ont plus de difficultés de socialisation⁶. La maltraitance physique, quant à elle, amène plus de risque de développer des troubles du comportement alimentaire⁷. Finalement, ultime effet possible, et non des moindres, cette forme de violence peut être fatale pour l'enfant⁸. Les conséquences présentées ci-dessus ne se veulent pas exhaustives, mais permettent de survoler et de percevoir les impacts potentiels des pratiques parentales maltraitantes. Cependant, il convient de souligner que la fréquence et la durée des maltraitances, de même que le genre et l'âge de l'enfant, engendrent une grande variation quant au type et à l'importance des effets.

Les nombreuses et lourdes conséquences évoquées suffisent à justifier une action préventive. De plus, les recherches rétrospectives montrent également que le fait d'avoir subi de la violence dans son enfance augmente les risques de troubles mentaux chez l'adulte ainsi que le recours à la violence dans l'éducation ou ses relations conjugales⁹. La prévention aurait donc aussi comme but

4. Maguire *et al.*, 2015 ; Norman *et al.*, 2012.

5. Norman *et al.*, 2012.

6. Maguire *et al.*, 2015.

7. Norman *et al.*, 2012.

8. Pinheiro, 2006.

9. Madigan *et al.*, 2019.

de briser la transmission intergénérationnelle, la reproduction de cette violence dite éducative.

Plus l'intervention est précoce, plus des effets néfastes marqués et durables sur le développement pourront être évités, ce qui entraînera aussi une meilleure rentabilité de l'intervention. En effet, la maltraitance a aussi un coût important pour la société, que ce soit les coûts des services et des systèmes administratifs (par exemple service de protection de l'enfant, famille d'accueil, système judiciaire), des services de soutien de l'enfant (par exemple service de santé mentale, éducation spécialisée) ou plus tard de l'adulte, sans parler des coûts entraînés par la reproduction de la violence dans la génération suivante. Une étude¹⁰ a estimé qu'en 2008, les coûts liés aux nouveaux cas de maltraitance mortelle et non mortelle d'enfants aux États-Unis représentaient environ 124 milliards de dollars (coût que la maltraitance entraîne durant toute la vie de ces nouveaux cas).

QU'EST-CE QUE LA PRÉVENTION ?

La logique de l'action de prévention consiste le plus souvent à diminuer les facteurs de risque et/ou à renforcer les facteurs protecteurs. Dans la littérature sur la maltraitance envers les enfants, des facteurs ont été identifiés au niveau sociétal (par exemple pauvreté), chez l'enfant (par exemple tempérament, sexe, retards de développement, etc.) et chez les parents (par exemple manque de connaissances sur le développement de l'enfant, santé mentale du parent, pratiques parentales, etc.). Parmi tous ces facteurs, les pratiques parentales semblent les plus modulables et celles qui ont le plus d'impact sur le développement de l'enfant. En effet, c'est par l'intermédiaire des pratiques parentales que d'autres difficultés (par exemple dépression, stress, niveau socioéconomique...) influencent le développement de l'enfant. Par exemple, un parent dépressif ou stressé risque d'être plus incohérent ou de réagir excessivement dans ses pratiques, ce qui aura des conséquences négatives sur l'enfant. En renforçant les pratiques parentales, l'impact des autres facteurs est donc diminué.

La prévention peut agir à différents niveaux, selon les groupes ciblés, l'intensité des mesures proposées et la fonction de la prévention¹¹. La prévention primaire a pour but de réduire la survenue de

10. Fang *et al.*, 2012.

11. Foxcroft, 2014.

violence dans les familles en agissant auprès de toute une région. Cette mesure préventive est bénéfique à plusieurs égards, car elle évite notamment une stigmatisation¹². La prévention secondaire, ou sélective, englobe les interventions qui sont effectuées auprès des familles que l'on considère comme les plus exposées à la maltraitance. Cela nécessite d'identifier les personnes qui seraient plus sujettes à adopter de telles pratiques, comme les parents ayant eux-mêmes vécu de la violence dans leur enfance. La prévention tertiaire, ou indiquée, intervient après que la maltraitance est survenue. Cela peut permettre d'éviter que le comportement ne se reproduise ou d'apporter de l'aide aux victimes de maltraitance. Finalement, un dernier niveau de prévention concerne les risques de surintervention, qui a pour but d'éviter les conséquences d'une intervention non nécessaire. Certaines actions de prévention s'inscrivent clairement dans l'un ou l'autre de ces niveaux, d'autres en visent certains afin de maximiser les effets. Dans la suite de ce chapitre, nous allons distinguer les interventions visant un changement sociétal et/ou communautaire de celles visant un changement relationnel, tout en sachant que des recoupements sont possibles.

LES RECOMMANDATIONS AU NIVEAU SOCIÉTAL ET COMMUNAUTAIRE

Le premier pas pour une société visant la prévention de la violence à l'encontre des enfants consiste souvent à élaborer et à renforcer les lois en faveur des enfants et des jeunes. Depuis 2019, 56 gouvernements interdisent légalement les châtiments corporels sur les enfants dans tous les contextes de vie. Si la France vient de rejoindre la liste, des pays comme la Suisse, le Canada ou la Belgique n'ont pas encore adopté une telle loi. Dans le monde, plus de 600 millions d'enfants grandissent sans cette protection!¹³ D'une part, les lois peuvent être utiles, car elles aident à prendre conscience que les comportements violents ne sont pas acceptables et peuvent donc contribuer à éradiquer les normes existantes qui mènent à la tolérance de ces comportements. D'autre part, elles rendent les auteurs responsables de leurs actes. Et finalement, elles peuvent permettre de réduire l'exposition aux facteurs de risque, clé de la violence à l'encontre des enfants, en réduisant par exemple l'abus d'alcool ou en promouvant l'égalité des sexes et l'autonomisation

12. Altafim et Linhares, 2016.

13. UNICEF, 2017.

de toutes les femmes et de toutes les filles. L'effet de ces lois a été examiné dans une étude comparant cinq pays européens, dont trois interdisaient les châtiments corporels et deux pas. Les résultats ont révélé que, dans les premiers, on recourait moins fréquemment aux châtiments corporels, toutes formes confondues, par rapport aux pays n'appliquant pas cette interdiction. De plus, les châtiments corporels étaient moins bien acceptés dans les pays les interdisant¹⁴.

Il s'agirait aussi, selon l'OMS¹⁵, d'améliorer la sécurité économique et la stabilité des familles, en facilitant spécifiquement l'accès des femmes à des ressources (par exemple emploi, argent, etc.). Une étude américaine a montré que, lorsque des familles recevaient une aide financière conjointement à une autre intervention, par exemple un programme parental, cela permettait de réduire le taux de maltraitance¹⁶. De telles actions nécessitent cependant une forte volonté politique et des moyens économiques souvent inaccessibles dans les pays à faibles revenus.

Dans son rapport INSPIRE, l'OMS¹⁷ recommande également de s'attaquer aux normes et aux valeurs en faveur de la violence (par exemple un enfant a besoin d'être tapé pour devenir adulte), et particulièrement aux stéréotypes de genre (par exemple filles que l'on contraint à un rapport sexuel à cause de l'impression qu'ont les hommes et les garçons que le sexe leur est dû ; acceptation et banalisation du mariage des enfants ou de la violence conjugale). Dans ce but, les programmes de prévention universels semblent particulièrement intéressants, étant donné la difficulté à identifier les mauvais traitements au sein de la famille, tout en permettant d'éviter le risque de stigmatisation. Plusieurs pays ont expérimenté des campagnes médiatiques pour une prévention universelle des abus physiques sur les enfants. Les facteurs de risque suivants étaient le plus souvent visés dans les campagnes : connaissance insuffisante des pratiques parentales positives, impulsivité parentale, honte de demander de l'aide, soutien social inadéquat et attentes inappropriées quant au stade de développement de l'enfant. Les études révèlent une diminution significative et forte des pratiques parentales dysfonctionnelles, des comportements problématiques de l'enfant, de la colère parentale, ainsi qu'un renforcement du sentiment de compétence parentale¹⁸.

14. Bussmann *et al.*, 2011.

15. OMS, 2017.

16. Cancian *et al.*, 2013.

17. OMS, 2017.

18. Coore *et al.*, 2017 ; MacLeod et Nelson (2000) ; Mikton et Butchart, 2009.

Certaines campagnes de prévention visent particulièrement le « syndrome du bébé secoué », en s'adressant à tous les nouveaux parents de nouveau-nés lors de leur admission à l'hôpital. Un programme dans l'État de New York a montré une réduction des cas de 47 %. Une méta-analyse sur ces campagnes de prévention universelle indique que l'incidence sur la maltraitance n'a été réellement évaluée que dans trois études et décroît significativement dans deux d'entre elles¹⁹. L'une de celles-ci concerne spécifiquement la prévention du « syndrome du bébé secoué » et l'autre utilise les cinq niveaux du système Triple P et non seulement une campagne médiatique (voir page 132). Ainsi les preuves pour ces campagnes universelles dans la prévention des abus physiques restent non concluantes, en raison de la disponibilité limitée d'évaluations rigoureuses, les deux mentionnées demandant à être répliquées. Si les coûts d'une stratégie médiatique sont importants, celle-ci permet également de toucher largement la population et d'avoir un bon retour sur investissement. Il a par exemple été démontré que 9 dollars de frais consécutifs à la maltraitance pouvaient être épargnés pour chaque dollar investi dans le système Triple P, et cela même si seuls 10 % des parents prenaient part au programme.

Finalement, le monde scolaire a également un rôle primordial à jouer dans la prévention. La scolarisation des enfants les protège contre certaines formes de violences, notamment les sévices sexuels durant l'enfance et le mariage des mineur·e·s. De nombreux programmes scolaires visant à prévenir la maltraitance envers les enfants se concentrent exclusivement sur la prévention de la violence sexuelle, tandis que d'autres visent également à prévenir d'autres types de violences à l'égard des enfants, y compris le harcèlement²⁰. Ces programmes visent à renforcer les facteurs protecteurs : connaissances sur l'abus, rencontre avec des inconnus, identification des situations préjudiciables et des contacts rapprochés inappropriés, confiance aux adultes de confiance. Des effets de ces programmes dispensés à l'école ont été montrés sur les connaissances, l'estime de soi et les comportements autoprotecteurs²¹ alors que des effets similaires sont obtenus avec une version en ligne du programme « *Cool and Safe* »²². Cependant, les preuves

19. Poole *et al.*, 2014.

20. Brassard et Fiorvanti, 2015.

21. Walsh *et al.*, 2018.

22. Müller *et al.*, 2014.

sont encore insuffisantes pour la réduction des cas d'abus sexuels. En 2018, l'enquête de l'OMS²³ rapporte que 43 % des pays ont implémenté de tels programmes à une large échelle.

LES RECOMMANDATIONS AU NIVEAU RELATIONNEL

Les visites à domicile et les entraînements parentaux sont les deux types principaux d'approches au niveau relationnel. Les programmes de visite à domicile sont les interventions les plus implémentées, plus de 89 % des pays signalant y avoir recours²⁴. L'avantage est d'amener les services à la maison plutôt que d'imposer aux familles de rechercher des services dans la communauté. Ils permettent aux visiteurs à domicile d'observer l'environnement dans lequel vivent les familles, d'identifier et de personnaliser les services pour répondre à leurs besoins et d'établir des relations qui pourraient ne pas être possibles avec d'autres types d'intervention. Un programme de visites à domicile a été particulièrement étudié, il s'agit du *Nurse-Family Partnership* (NFP) développé par Olds et ses collègues²⁵. Il propose des visites à domicile avant la naissance à des femmes-adolescentes non mariées qui ont de faibles revenus. Il s'agit de l'intervention la plus évaluée²⁶ avec notamment trois études randomisées contrôlées menées dans différentes régions des États-Unis qui démontrent : une réduction de 48 % des cas de maltraitance jusqu'à quinze ans après l'intervention²⁷ ; des connaissances, compétences et estime de soi des parents améliorées ; des niveaux d'anxiété et de dépression plus faibles ; des progrès dans le développement cognitif et social de l'enfant et des liens entre parents et services de soins renforcés. Il est apparu que l'efficacité était meilleure lorsque les « visiteurs » étaient des professionnel·le·s bien formé·e·s et qualifié·e·s plutôt que des intervenant·e·s non professionnel·le·s. Les preuves de l'efficacité des visites à domicile pour réduire les facteurs de risque sont donc solides, surtout pour le NFP, même si on peut remarquer des problèmes méthodologiques, dont le biais de surveillance (probabilité restreinte d'observer la maltraitance due à la présence du visiteur...).

23. Sethi *et al.*, 2018.

24. Sethi *et al.*, 2018.

25. Olds, 2008 ; <https://www.nursefamilypartnership.org/>, consulté le 11 février 2020.

26. Mikton et Butchart, 2009.

27. Avellar et Supplee, 2013.

L'offre de programmes parentaux est foisonnante dans les pays occidentaux et anglo-saxons. Parmi ceux-ci, les plus étudiés et recommandés proposent un entraînement actif des compétences, souvent à partir de vidéos ou de jeux de rôle, des tâches concrètes entre les séances, des principes éducatifs positifs (félicitations, récompenses, demandes claires, etc.), ainsi que des stratégies de gestion des comportements et de résolution de problèmes²⁸. Ces programmes, nommés *Parent Training* en anglais et que nous appellerons « programmes parentaux », sont fondés sur les théories des interactions familiales²⁹, les théories comportementales et celles de l'apprentissage social³⁰. Ils visent à la fois l'amélioration des connaissances sur le développement de l'enfant, la promotion de pratiques parentales efficaces et non violentes, l'amélioration des relations parent-enfant et le soutien des parents dans leur rôle. Ils prennent le plus souvent la forme d'interventions en groupe ou individuelle, mais peuvent aussi se faire via les nouveaux médias (par exemple programme en ligne³¹). Parmi les programmes les plus étudiés figurent le *Positive Parenting Program* (Triple P), le programme *Incredible Years*³² ou encore le *Parent-Child Interaction Therapy* (PCIT)³³. Les objectifs d'une grande partie de ces programmes ne ciblent donc pas spécifiquement la maltraitance. Ils s'inscrivent dans une stratégie de prévention primaire. Cependant, en améliorant la qualité des relations parent-enfant, le sentiment de compétence des parents, et en diminuant le stress chez ceux-ci, le recours à des méthodes disciplinaires potentiellement violentes s'atténue conjointement. Les parents apprennent aussi à mieux réguler leurs propres émotions en s'appuyant sur des stratégies efficaces et non violentes.

Concernant l'efficacité, la littérature scientifique regorge de travaux de synthèse (méta-analyse ou revue systématique). Généralement, ceux-ci suggèrent que les programmes parentaux ont le potentiel de prévenir les abus physiques, de réduire les facteurs de risque³⁴, et d'améliorer les aspects du fonctionnement familial associés avec la maltraitance, comme les attitudes parentales et les compétences

28. Brodard *et al.*, 2011.

29. Patterson, 1982.

30. Bandura, 1980.

31. Day et Sanders, 2018; Feil *et al.*, 2008)

32. Webster-Stratton et Reid, 2003.

33. Eyberg, 1988.

34. Coore *et al.*, 2017; Mikton et Butchart, 2009.

éducatives³⁵. Deux méta-analyses indiquent des tailles d'effet petites à moyennes de ces programmes sur les facteurs de risque et des mesures directes de la maltraitance³⁶, alors qu'en se centrant sur les châtiments corporels, Santini et Williams³⁷ trouvent des effets plus marqués dans 18 études recensées. Une autre méta-analyse montre que les programmes parentaux de groupes peuvent être aussi efficaces pour les familles désavantagées socioéconomiquement³⁸. Mais d'autres revues systématiques concluent que, même si les études montrent une amélioration des facteurs de risque pour les abus physiques, psychologiques et la négligence, les preuves d'un effet sur la maltraitance effective demeurent insuffisantes, surtout à long terme³⁹. Un problème méthodologique qui diminue la portée de ces études est que souvent les données reposent sur la perception des parents. Ceux-ci pourraient sous-rapporter le recours à la violence physique, particulièrement après leur participation à un programme, créant un biais de désirabilité sociale. En effet, seule l'étude de Prinz menée en Caroline du Sud⁴⁰ mesure des indicateurs indépendants du programme tels que: les cas signalés de maltraitance par les équipes professionnelles, les placements des enfants hors des familles enregistrés dans les services de protection et les cas admis à l'hôpital attribuables à des comportements de maltraitance. Cette étude a pu comparer des régions de cet État qui avaient été réparties aléatoirement et avaient accueilli, ou non, le système de prévention à plusieurs niveaux (universel à sélectif) du Triple P. Les effets sont marqués sur les trois indicateurs et représentent, à l'échelle d'une population de 100 000 enfants de moins de 8 ans (cantons de Vaud et de Fribourg réunis), une diminution annuelle de 688 cas de signalement, de 240 placements d'enfants et de 60 admissions à l'hôpital pour des blessures à la suite de maltraitements. Les résultats de cette étude demandent à être répliqués pour mieux asseoir l'efficacité des programmes parentaux sur des mesures de la maltraitance, et aussi étudier le maintien de ces effets sur le long terme. Une autre faiblesse de ces programmes est la difficulté de recruter des pères, alors que ceux-ci ont un rôle important à jouer pour diminuer la maltraitance.

35. Chen et Chan, 2016; Knerr *et al.*, 2013; Geeraert *et al.*, 2004.

36. Geeraert *et al.*, 2004; Lundahl *et al.*, 2006.

37. Santini et Williams, 2016.

38. Leijten *et al.*, 2013.

39. Euser *et al.*, 2015.

40. Prinz *et al.*, 2009.

ADAPTATIONS CULTURELLES DES PROGRAMMES ÉPROUVÉS

Certains travaux suggèrent qu'il y aurait plus de similarités que de différences entre les cultures et les pays, et que les interventions parentales sont adaptables et applicables à travers différentes cultures, pays ou niveaux socioéconomiques. Les programmes comme Triple P ou *Incredible Years* sont fondés sur des modèles collaboratifs impliquant une adaptation explicite et flexible des stratégies parentales aux besoins individuels et culturels. Ainsi l'adaptation se fait au niveau de chaque famille plutôt qu'en développant une version spécifique du programme pour chaque pays ou culture. Cela répond notamment au fait que, même dans un pays ou une région, la multiculturalité peut être la règle; que ce soit par exemple en Suisse avec les nombreuses communautés issues de la migration, ou au Cameroun avec plus de 200 ethnies et de multiples communautés religieuses. À l'heure actuelle, des études ont montré que ces programmes pouvaient être flexibles et efficaces sur différents groupes socioculturels dans les pays à revenus élevés, mais les données sur les pays à faibles revenus sont rares et souvent avec de notables faiblesses méthodologiques⁴¹.

TRANSPOSITION DES PROGRAMMES DANS LES PAYS À FAIBLES REVENUS

Il y a de plus en plus d'intérêt scientifique⁴² pour la transposition d'intervention à des pays à faibles revenus dans lesquels de multiples facteurs (par exemple pauvreté, capacités et ressources des services, structures familiales variées, etc.) influencent la faisabilité, l'acceptabilité et l'efficacité des interventions. Cela semble indiquer que nous ne pouvons pas considérer d'emblée que des programmes éprouvés dans un contexte continuent d'être efficaces dans un autre pays. Actuellement, les résultats sur l'implémentation des programmes dans des pays à faibles revenus sont peu convaincants, mais un consensus émerge sur la nécessité d'adopter un processus d'adaptation en plusieurs étapes. En synthétisant la littérature à ce sujet, voici les étapes qui nous semblent ressortir :

1. Prendre en compte la disposition (*readiness*) du pays à instaurer le programme. Il s'agit d'évaluer si le personnel a suffisamment de connaissances et d'expertise pour mener le programme, ainsi que l'adéquation des services (santé et social) et l'état des ressources (financement, personnel et matériel) pour mettre en œuvre le

41. Knerr *et al.*, 2013.

42. Knerr *et al.*, 2013; Mejia *et al.*, 2012.

programme dans le nouveau contexte. Par exemple, une étude en Iran⁴³ a examiné si les services de soins primaires (ex. : cabinet de pédiatrie) pouvaient permettre de proposer des interventions préventives pour des mères de jeunes enfants de 2 à 6 ans venant consulter pour des contrôles réguliers ou des vaccinations.

Un instrument à dix dimensions est proposé pour évaluer les dispositions des pays pour la prévention de la maltraitance infantile⁴⁴. L'instrument couvre tous les principaux aspects, y compris entre autres la disponibilité de données scientifiques sur le problème, la législation et les politiques, la volonté de résoudre le problème et les ressources matérielles. En l'appliquant dans cinq pays, des manques dans les compétences des professionnel-le-s ou dans les données nationales représentatives sur la prévalence de la maltraitance ont été identifiés.

2. Déterminer les programmes parentaux montrant des effets solides dans les revues systématiques et méta-analyses (voir les programmes présentés à la page 181 de ce livre).

3. Évaluer l'adéquation avec le nouveau contexte en identifiant les essais de l'intervention dans un nouveau pays. En 2016, une revue systématique de la littérature sur la prévention des troubles chez l'enfant a par exemple montré la transposabilité des interventions parentales éprouvées entre pays⁴⁵. Dans celle-ci, 17 essais de quatre interventions (*Incredible Years*, Triple P, PCIT, PMTO) ont été reportés dans dix pays et cinq régions.

4. Considérer l'équilibre entre l'adaptation au nouveau contexte et l'adhérence au protocole standardisé. Les éléments importants pour l'efficacité du programme devraient être gardés tout en adaptant d'autres. Pour cela, un programme doit avoir une théorie solide qui spécifie clairement les mécanismes sous-jacents que vise l'intervention pour atteindre ses objectifs. Une étude pilote peut servir à identifier les éléments nécessitant une adaptation du programme pour la nouvelle culture, comme celle effectuée au Panama avec le matériel du Triple P⁴⁶.

5. Effectuer les adaptations culturelles nécessaires. Elles peuvent consister en la modification du contenu du programme ou de la façon de le délivrer. Certains auteurs⁴⁷ soulignent que les adaptations

43. Oveisi *et al.*, 2010.

44. Mikton *et al.*, 2013.

45. Gardner *et al.*, 2016.

46. Mejia *et al.*, 2015.

47. Castro *et al.*, 2004.

culturelles doivent aller au-delà des modifications de surface (ethnicité des modèles dans la vidéo par exemple), pour toucher plus en profondeur les valeurs fondamentales, les croyances, les normes et autres aspects plus significatifs de la vision du monde et du mode de vie du groupe culturel.

6. Évaluer le programme adapté pour s'assurer qu'il est efficace dans ce milieu et pour identifier les possibles améliorations. Par exemple, l'efficacité et l'acceptabilité d'une série de trois séminaires de 90 minutes proposée par Triple P ont été évaluées en Indonésie⁴⁸. L'étude randomisée contrôlée a montré une réduction des pratiques parentales dysfonctionnelles ($d = 0.69$) qui s'est maintenue six mois après la fin des séminaires. Les parents ont indiqué que les séminaires étaient culturellement appropriés et se sont montrés satisfaits avec le contenu du programme. D'autres interventions prometteuses ont récemment été adaptées et évaluées dans des pays d'Afrique subsaharienne, comme *Families Matter* au Kenya, et ensuite répliquée en Tanzanie⁴⁹.

DÉVELOPPEMENT ET ÉVALUATION DE NOUVEAUX PROGRAMMES

Si l'adaptation des programmes existants aux pays à faibles revenus relève d'une approche *top-down*, d'autres initiatives locales tentent de construire un programme avec la communauté (*bottom-up*). Cette démarche permet de mieux respecter les particularités culturelles et de contourner l'inaccessibilité économique des interventions développées dans les pays à hauts revenus. Un exemple vient d'Afrique du Sud avec le programme *Sinovuyo*. Les auteurs⁵⁰ expliquent comment ils ont identifié auprès de parents et de praticien-ne-s différents thèmes qu'il semblait nécessaire d'inclure dans des programmes parentaux. Si les trois principaux thèmes font partie des programmes éprouvés scientifiquement, quatre autres sont plus spécifiques au contexte des pays à faibles revenus : 1) assurer la sécurité des enfants dans les contextes dangereux ; 2) gérer des vies stressantes ; 3) communiquer sur le VIH/sida et le deuil ; et 4) faire participer les pères à l'éducation. Ils ont ensuite créé un programme avec des expert-e-s de la parentalité et des professionnel-le-s locaux-ales, testés auprès de familles très défavorisées de Cape Town. Les résultats montrent des effets modérés sur la fréquence des pratiques parentales positives

48. Sumargi *et al.*, 2014.

49. Vandenhoudt *et al.*, 2010.

50. Lachman *et al.*, 2016.

autoreportées ainsi que sur l'observation du jeu parent-enfant, ce qui devrait entraîner une réduction des risques de maltraitance.

Une autre étude a proposé une version pour les parents d'adolescent-e-s du programme *Sinovyuo* et s'est intéressée aux changements perçus par les parents et les adolescent-e-s. La plupart des participant-e-s au programme signalent une réduction des abus physique et psychologique, alors que le temps de qualité partagé et les nouvelles façons de communiquer sont mentionnés comme les premiers éléments du programme contribuant aux changements⁵¹. Un autre programme a été développé et évalué en Ouganda⁵² pour viser chez les pères quatre principaux prédicteurs de maltraitance infantile et de violence fondée sur le genre : faible attachement, parentalité trop sévère, socialisation genrée et manque de respect conjugal. Afin d'accroître la participation des pères, ils ont aussi inclus l'une des dimensions les plus importantes de la paternité dans cette culture, soit le maintien de la respectabilité de la famille. Le programme agit au niveau universel en prenant en considération l'opinion des leaders de la communauté, en impliquant le voisinage et les familles des participant-e-s dans les exercices à domicile, et en créant des événements communautaires, ce qui vise à modifier les normes de la communauté tendant à favoriser la violence. Mais le programme intervient aussi et surtout aux niveaux interpersonnel (père-mère-enfant) et individuel, à travers des activités qui encouragent la réflexivité et permettent d'entraîner de nouveaux comportements ainsi qu'un sens des responsabilités et un engagement positif en tant que pères. Au-delà des résultats satisfaisants du programme, cette étude tient d'exemple à suivre pour accroître la participation des pères et viser un changement dans les normes conventionnelles de masculinité au niveau communautaire.

ADAPTATIONS DES PROGRAMMES À LA POPULATION MIGRANTE DANS LES PAYS OCCIDENTAUX

Les familles qui migrent d'un pays à faibles revenus vers un pays à revenus élevés comme la Suisse font face à de nombreux défis et facteurs de stress potentiels : s'adapter à un nouvel environnement culturel, trouver un emploi et un logement adapté, établir un réseau social, apprendre la langue, faire face à des expériences de discrimination, des difficultés économiques, etc. La parentalité

51. Doubt *et al.*, 2017.

52. Siu *et al.*, 2017.

dans une nouvelle culture constitue également un enjeu important pour ces familles, car elle met en jeu des valeurs et des pratiques qui peuvent sembler incompatibles avec la parentalité traditionnelle des pays d'origine. La situation devient encore plus difficile lorsque ces valeurs sont interprétées différemment par les parents et leurs enfants, ceux-ci s'acculturant souvent plus rapidement. Comme l'ont notamment montré Siu et ses collègues⁵³ cela est particulièrement pertinent pour la plupart des réfugiés d'Afrique subsaharienne, issus d'une culture collective, qui se retrouvent confrontés à un nouvel environnement culturel qui favorise l'individualisme.

Pourtant, peu d'études ont tenté d'évaluer l'efficacité des programmes parentaux ou des visites à domicile pour des parents migrants ou réfugiés⁵⁴. Comme mentionné plus haut, les programmes sont prévus pour s'adapter aux besoins individuels des familles. De ce fait, des versions spécifiques aux communautés migrantes ne sont pas forcément développées et évaluées. Parfois, seul un processus de traduction est proposé comme ce fut le cas dans le projet ESSKI en Suisse⁵⁵, pour lequel le matériel de Triple P a été traduit dans les langues les plus parlées par les communautés migrantes (dont le turc, le tamoul ou l'albanais). Dans ce cas, on peut douter de l'acceptation culturelle du programme. Le rapport de l'étude ne mentionne pas les taux de participations de ces communautés. Idéalement, pour proposer un programme à un groupe culturel, le processus devrait s'approcher de la démarche d'adaptation présentée plus haut, ou alors adopter une approche *bottom-up* en construisant l'intervention avec la communauté. Dans les deux cas, les buts et les contenus des programmes devraient être ajustés aux intérêts, motivations et caractéristiques démographiques des familles participantes. Certains ont adapté des programmes parentaux pour des immigrants, par exemple aux États-Unis avec des immigrants chinois⁵⁶ ou latinos⁵⁷. La première étude montre une réduction significative de la discipline négative, et les deux interventions révèlent un taux de satisfaction élevé des participants à l'égard des programmes. La satisfaction est encore plus grande lorsque le programme inclut des thèmes spécifiques à l'immigration comme le stress lié à l'acculturation et les compétences pour faire face à

53. Siu *et al.*, 2017

54. Degni *et al.*, 2006

55. Schönenberger *et al.*, 2006.

56. Lau *et al.*, 2011.

57. Parra Cardona *et al.*, 2012.

la discrimination. Avec un programme développé spécifiquement pour des parents migrants africains, une étude menée en Australie⁵⁸ montre des changements positifs dans l'attitude des parents envers les châtimements corporels, la conscience et la connaissance des alternatives à ces pratiques, et l'empathie envers les besoins des enfants. Cependant, les attitudes des parents vis-à-vis de l'indépendance des enfants ne montraient aucun changement à la suite de l'intervention. Cela suggère que les parents africains migrants ont maintenu une position traditionnelle concernant la soumission de l'enfant à l'autorité parentale, alors que l'autonomie semble une valeur caractéristique des cultures individualistes du monde occidental.

Malgré ces résultats encourageants, mais jamais reproduits en Europe à notre connaissance, l'accès à ces groupes culturels s'avèrent souvent difficile pour différentes raisons. D'abord, les niveaux d'alphabétisation et de maîtrise de la langue du pays d'accueil constituent des obstacles auxquels les organismes sont confrontés lorsqu'ils essaient d'approcher des parents de diverses communautés ethnoculturelles⁵⁹. Même dans les enquêtes anonymes que nous avons menées pour identifier les besoins des parents, leur participation a été insignifiante et cela même si les questionnaires étaient proposés dans plusieurs langues⁶⁰. De plus, il est difficile pour les services concernés de recruter des professionnel-le-s multilingues et des interprètes qualifié-e-s. Enfin, les ressources financières sont souvent insuffisantes pour fournir des documents imprimés traduits en plusieurs langues et adaptés à chaque culture. Un autre obstacle pour toucher ces parents est la crainte de stigmatisation et la méfiance culturelle. En effet, les expériences vécues dans leurs pays respectifs et tout au long du processus d'immigration entraînent chez de nombreux migrants un manque de confiance dans les services traditionnels et une perception négative de l'autorité. Cela est surtout le cas lorsque les familles ont subi des traumatismes dans leur pays d'origine et nécessitent des soins psychiques préalables au travail sur la parentalité. Pour contourner ces barrières psychologiques, il semble nécessaire de pouvoir passer par les organisations représentant certains groupes culturels (telles que l'Association Togoviwo) ou celles œuvrant pour le soutien des migrants et proposant d'autres services à l'intégration (par exemple les ateliers de

58. Baudat *et al.*, 2019.

59. Renzaho et Vignjevic, 2011.

60. Baudat *et al.*, 2019.

langue de la Croix-Rouge). Il conviendrait aussi d'éviter d'utiliser des termes comme « maltraitance » ou « santé mentale » dans la définition des programmes ou au sein des services de prévention.

CONCLUSION

Considérant les conséquences marquées de la maltraitance envers les enfants, la société doit se mobiliser à tous les niveaux pour en réduire l'incidence. Il s'agit d'un problème mondial qui se manifeste dans différentes sphères, aussi bien dans le cadre familial que scolaire, mais également dans les institutions ou dans les services de soins. Les organisations internationales incitent les gouvernements à agir en investissant dans la prévention et en adoptant des lois contre la maltraitance. Concernant les châtiments corporels, par exemple, alors que de nombreux pays ont adopté une législation protégeant les enfants, seuls 9 % des enfants de moins de 5 ans vivent dans des États qui ont des lois les défendant dans tous les contextes, y compris le domicile. Et lorsque c'est le cas, des mesures pour faire respecter ces lois ne sont parfois pas appliquées. Si de telles lois deviennent plus fréquentes contre les violences physiques, il semble important que d'autres types de maltraitance (par exemple violence psychologique, négligence) soient également cadrées par des lois, bien que cela soit plus difficile en raison de leur nature même. La prévention n'est souvent pas une priorité pour les gouvernements et pour que cela évolue, il est important de démontrer que les investissements dans ce domaine représenteraient des économies à long terme sur la productivité de la main-d'œuvre, la pauvreté et la criminalité, ce qui entraînerait à son tour un développement économique et sociétal. Les pays à faibles revenus semblent pouvoir particulièrement bien tirer parti de la prévention, les taux de prévalence des maltraitements étant souvent très élevés. Malheureusement, les moyens économiques ne permettent souvent pas de faire passer les intérêts à plus long terme dans l'agenda politique. De plus, l'investissement à long terme, nécessaire au développement de la prévention, est aussi menacé par l'instabilité et la corruption des gouvernements. Bien que cela puisse paraître particulièrement difficile à mettre en place dans les pays à faibles revenus, adopter un modèle de santé publique semblerait permettre un bon retour sur investissement. Il est vrai que ce dernier reste à démontrer dans ces pays où les structures des soins psychiques, de protection de l'enfant et administratives sont

parfois inexistantes. En revanche, tout en évitant la stigmatisation, un tel modèle permettrait également de toucher largement la population⁶¹. Cela aiderait à pallier les difficultés que rencontrent les programmes parentaux, n'atteignant fréquemment qu'une petite partie de la population, souvent la plus à risque. Mais peut-être faudrait-il imaginer de nouvelles façons de toucher largement la population dans ces pays, en passant par exemple par les radios communautaires ou par les téléphones portables que possède une grande partie de la population ? Si des programmes de prévention sont proposés en Occident avec ces moyens (sans que la question culturelle ne soit mentionnée), nous n'avons pas connaissance de telles initiatives auprès des parents de pays à faibles revenus.

Concernant ces programmes, l'examen de la littérature nous a permis d'identifier quelques approches prometteuses, d'autres considérées comme efficaces et beaucoup qui requièrent une évaluation plus rigoureuse particulièrement dans les pays à revenus faibles. Les visites à domicile, les programmes de formation parentale et la prévention des abus sexuels sont les approches qui ont pu démontrer une certaine efficacité dans la réduction des facteurs de risque de la maltraitance infantile. Cependant, plusieurs revues signalent des faiblesses méthodologiques et un manque de données sur des indicateurs précis de maltraitance, ainsi qu'une carence de données provenant des pays à faibles revenus. Les interventions communautaires, telles que celles proposées en Ouganda⁶² ou au Cameroun par l'Association EMIDA, semblent aussi prometteuses, mais devraient être encore évaluées plus rigoureusement. Le travail considérable de prévention effectué par cette dernière devrait être davantage visibilisé par des travaux scientifiques et des publications, au même titre que de nombreuses autres initiatives locales. Cela permettrait de mieux comprendre les effets d'interventions développées dans et avec les communautés locales et de convaincre les décideurs d'investir dans ces approches.

La présente prestation a montré que la recherche sur la prévention est un processus répété et soutenu. Il est important de continuer d'alimenter la base de connaissance notamment sur l'épidémiologie des maltraitances infantiles, les facteurs de risque qui y sont associés ainsi que les facteurs protecteurs et cela particulièrement dans les pays à faibles revenus. À cette fin, il convient parallèlement

61. Baudat *et al.*, 2019.

62. Siu *et al.*, 2017.

de valider des instruments de mesure faciles à utiliser et sans coûts excessifs. Il est aussi nécessaire d'évaluer plus rigoureusement les adaptations de programmes déjà validés dans d'autres contextes et d'inclure des mesures alternatives aux questionnaires autoreportés (par exemple observations, indicateurs de maltraitance relevés dans les services...). Des études cherchant à identifier les facteurs les plus efficaces d'un programme dans un nouveau contexte devraient être conduites en vue de proposer des lignes directrices pour l'adaptation culturelle. Elles rendront les adaptations de programmes plus aisées.

BIBLIOGRAPHIE

ALTAFIG, Elisa Rachel Pisani, LINHARES, Maria Beatriz Martins (2016), « Universal violence and child maltreatment prevention programs for parents: A systematic review », *Psychosocial Intervention*, vol. 25, n°1, pp. 27-38.

AVELLAR, Sarah A., SUPPLEE Lauren H. (2013), « Effectiveness of home visiting in improving child health and reducing child maltreatment », *Pediatrics*, vol. 132, pp. 90-99.

BANDURA, Albert (1980), *L'apprentissage social*, Wavre: Mardaga.

BAUDAT, Sophie, ZIMMERMANN, Grégoire, BRODARD, Fabrice, ATTINGER, Claire (2019), *Parents d'adolescent·e·s à Lausanne: quels besoins de soutien à la parentalité? Rapport final du projet INTERACT*, Lausanne.

BRASSARD, Marl R., FIORVANTI, Christina M. (2015), « School-based child abuse prevention programs », *Psychology in the Schools*, vol. 52, n°1, pp. 40-60.

BRODARD, Fabrice, HÄNGGI, Yves, PERREZ, Meinrad (2011), « Aperçu de la situation de la formation des parents en Suisse », in Enzo Catarsi et Jean-Pierre Pourtois (éds), *Les Formations et les recherches en éducation familiale: état des lieux en Europe et au Québec*, Paris: L'Harmattan, pp. 91-116.

BRODARD, Fabrice, ZIMMERMANN, Grégoire, SANDERS, Matthew (2016), « Le système de prévention et d'intervention Triple P », in

Nicolas FAVEZ et Joëlle DARWICHE (éds), *Les thérapies de couple et de famille*, Wavre : Mardaga, pp. 49-66.

BUSSMANN, Kai-D., ERTHAL, Claudia, SCHROTH Andreas (2011), «Effects of banning corporal punishment in Europe: A five-nation comparison», in Joan E. Durrant et Anne B. Smith (éds), *Global pathways abolishing physical punishment*, New York: Routledge, pp. 315-338.

CANCIAN, Maria, YANG MI-YOUN, Slack, KRISTEN Shook (2013), «The effect of additional child support income on the risk of child maltreatment», *Social Service Review*, vol. 87, pp. 417-37.

CASTRO, Felipe González, BARRERA, Manuel, MARTINEZ, Charles R. (2004), «The cultural adaptation of prevention interventions: Resolving tensions between fidelity and fit», *Prevention Science*, vol. 5, n° 1, pp. 41-45.

CHEN, Mengtong, CHAN, Ko Ling (2016), «Effects of parenting programs on child maltreatment prevention: A meta-analysis», *Trauma Violence & Abuse*, vol. 17, n° 1, pp. 88-104.

COORE, Desai Charlene, REECE, Jody-Ann, SHAKESPEARE-PELLINGTON, Sydonnie (2017), «The prevention of violence in childhood through parenting programmes: a global review», *Psychology, Health & Medicine*, vol. 22, pp. 166-186.

DAY, Jamin J., SANDERS, Matthew R. (2018), «Do parents benefit from help when completing a self-guided parenting program online? A randomized controlled trial comparing Triple P Online with and without telephone support», *Behavior therapy*, vol. 49, n° 6, pp. 1020-1038.

DEGNI, Filio, PÖNTINEN, Seppo, MÖLSÄ, Mulki (2006), «Somali parents' experiences of bringing up children in Finland: Exploring social-cultural change within migrant households», *Forum Qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research*, vol. 7, n° 3. En ligne : <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/viewArticle/139/305>, consulté le 27 janvier 2020.

DOUBT, Jenny, BRAY, Rachel, LOENING-VOYSEY, Heidi, CLUVER, Lucie, BYRNE, Jasmina, NZIMA, Divane, KING, Barnaby, SHENDEROVICH, Yulia, STEINERT, Janina, MEDLEY, Sally (2017), «“It has changed” : Understanding change in a parenting program

in South Africa», *Annals of Global Health*, vol. 83, n° 5-6, pp. 767-776.

EUSER, Saskia, ALINK, Lenneke R.A., STOLTENBORGH Marije, BAKERMANS-KRANENBURG, Marian J., VAN IJZENDOORN, Marinus H. (2015), «A gloomy picture: a meta-analysis of randomized controlled trials reveals disappointing effectiveness of programs aiming at preventing child maltreatment», *BMC Public Health*, vol. 15, n° 1, p. 1068.

EYBERG, Sheila (1988), Parent-Child Interaction Therapy: Integration of traditional and behavioral concerns», *Child & Family Behavior Therapy*, vol. 10, n° 1, pp. 33-46.

FANG, Xiangming, BROWN, Derek S., FLORENCE CURTIS S., MERCY James A. (2012), «The economic burden of child maltreatment in the United States and implications for prevention», *Child Abuse and Neglect*, vol. 36, n° 2, pp. 156-165.

FEIL, Edward G., BAGGETT, Kathleen M., DAVIS, Betsy *et al.* (2008), «Expanding the reach of preventive interventions: Development of an internet-based training for parents of infants. *Child maltreatment*, vol. 13, n° 4, pp. 334-346.

FOXCROFT, David R. (2014), «Can prevention classification be improved by considering the function of prevention?», *Prevention Science*, vol. 15, n° 6, pp. 818-822.

GARDNER, Frances, MONTGOMERY, Paul, KNERR, Wendy (2016), «Transporting evidence-based parenting programs for child problem behavior (age 3-10) between countries: Systematic review and meta-analysis», *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, vol. 45, n° 6, pp. 749-762.

GEERAERT, Liesl, VAN DEN NOORTGATE, Wim, GRIETENS, Hans, ONGHENA, Patrick (2004), «The effects of early prevention programs for families with young children at risk for physical child abuse and neglect: A meta-analysis», *Child Maltreatment*, vol. 9, n° 3, pp. 277-291.

KNERR, Wendy, GARDNER, Frances, CLUVER, Lucie (2013), «Improving positive parenting skills and reducing harsh and abusive parenting in low-and middle-income countries: A systematic review», *Prevention Science*, vol. 14, n° 4, pp. 352-363.

KOBUSINGYE, Olive, BOWMAN BRETT, Burrows Stephanie, MATZOPOULOS Richart, BUTCHART, Alex (2010), *Violence and Health in the WHO African Region*, Brazzaville: WHO. En ligne: <https://www.afro.who.int/publications/violence-and-health-who-african-region>.

LACHMAN, Jamie M., SHERR, Liora T., CLUVER, Lucie, WARD, Catherine L., HUTCHINGS, Judy, GARDNER, Frances (2016), «Integrating evidence and context to develop a parenting program for low-income families in South Africa», *Journal of Child and Family Studies*, vol. 25, n° 7, pp. 2337-2352.

LAU, Anna S., FUNG, Joey J., HO, Lorinda Y., LIU, Lisa L., GUDIÑO, Omar G. (2011), «Parent training with high-risk immigrant Chinese families: A pilot group randomized trial yielding practice-based evidence», *Behavior Therapy*, vol. 42, n° 3, pp. 413-426.

LEIJTEN, Patty, RAAIJMAKERS, Maartje, A.J., DE CASTRO, Bram Orobio, MATTHYS, Walter (2013), «Does socioeconomic status matter? A meta-Analysis on parent training effectiveness for disruptive child behavior», *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, vol. 42, n° 3, pp. 384-392.

LUNDAHL, Brad W., NIMER, Janelle, PARSONS, Bruce (2006), «Preventing child abuse: A meta-analysis of parent training programs», *Research on Social Work Practice*, vol. 16, n° 3, pp. 251-262.

MADIGAN, Sheri, CYR, Chantal, EIRICH, Rachel, FEARON, Richard M. Pasco, LY, Anh, RASH, Christina, LENNEKE, R.A. Alink (2019), «Testing the cycle of maltreatment hypothesis: Meta-analytic evidence of the intergenerational transmission of child maltreatment», *Development and Psychopathology*, vol. 31, n° 1, pp. 23-51.

MACLEOD, Jennifer, NELSON, Geoffrey (2000), «Programs for the promotion of family wellness and the prevention of child maltreatment: A meta-analytic review», *Child Abuse & Neglect*, vol. 24, n° 9, pp. 1127-1149.

MAGUIRE, Sabine A., WILLIAMS BRYAN, Naughton Aideen M., COWLEY Laura E., TEMPEST Vanessa, MANN, Mala K., KEMP, Alison M. (2015), «A systematic review of the emotional, behavioural and cognitive features exhibited by school-aged children experiencing neglect or emotional abuse», *Child Care Health and Development*, vol. 41, n° 5, pp. 641-653.

MEJIA, Anilena, CALAM, Rachel, SANDERS, Matthew R. (2012), «A review of parenting programs in developing countries: opportunities and challenges for preventing emotional and behavioral difficulties in children», *Clinical Child and Family Psychology Review*, vol. 15, n° 2, pp. 163-175.

MEJIA, Anilena, CALAM Rachel, SANDERS Matthew R. (2015), «Examining delivery preferences and cultural relevance of an evidence-based parenting program in a low-resource setting of Central America: Approaching parents as consumers», *Journal of Child and Family Studies*, vol. 24, n° 4, pp. 1004 -1015.

MIKTON, Christopher, BUTCHART Alexander (2009), «Child maltreatment prevention: a systematic review of reviews», *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 87, n° 5, pp. 353-361.

MIKTON, Christopher, POWER, Mick, RALEVA, Marija, MAKORAE, Mokhantso, AL EISSA, Majid, CHEAH, Irene, CARDIA, Nancy, CHOO, Claire, ALMUNEEF, Maha (2013), «The assessment of the readiness of five countries to implement child maltreatment prevention programs on a large scale», *Child Abuse & Neglect*, vol. 37, n° 12, pp. 1237-1251.

MÜLLER, Anna R., RÖDER, Mandy, FINGERLE, Michael (2014), «Child sexual abuse prevention goes online: Introducing “Cool and Safe” and its effects», *Computers & Education*, vol. 78, n° 1, pp. 60-65.

NORMAN, Rosana E., BYAMBAA, Munkhtsetseg, De, RUMNA, Butchart, Alexander, SCOTT, James, VOS, Theo (2012), «The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: A systematic review and meta-analysis», *PLOS Medicine*, vol. 9, n° 11, e1001349.

OLDS, David L. (2008), «Preventing child maltreatment and crime with prenatal and infancy support of parents: The nurse-family partnership», *Journal of Scandinavian Studies in Criminology and Crime Prevention*, vol. 9, pp. 2-24.

OMS (2017), *INSPIRE: sept stratégies pour mettre fin à la violence à l'encontre des enfants*, Genève: Organisation mondiale de la Santé.

OVEISI, Sonia, ARDABILI, Hassan Eftekhare, DADDS, Mark R., MAJZADEH, Reza, MOHAMMADKHANI, PARVANEH, Rad, JAVAD Alaqband, SHAHRIVAR, Zahra (2010), «Primary prevention of parent-child conflict and abuse in Iranian mothers:

A randomized-controlled trial», *Child Abuse & Neglect*, vol. 34, n° 3, pp. 206-213.

PARRA CARDONA, Ruben Jose, DOMENECH-RODRIGUEZ, Melanie, FORGATCH, Marion, SULLIVAN, Cris, BYBEE, Deborah, HOLTROP, Kendal, ESCOBAR-CHEW, Ana Rocio, TAMS, Lisa, DATES, Brian, BERNAL, Guillermo (2012), «Culturally adapting an evidence-based parenting intervention for Latino immigrants: The need to integrate fidelity and cultural relevance», *Family Process*, vol. 51, n° 1, pp. 56-72.

PATTERSON, Gerald R. (1982), *Coercive family process*, Eugene, OR: Castalia Publishing Company.

PINHEIRO, Paul Sérgio (2006), *World Report on Violence Against Children*, Genève: United Nations.

POOLE, Mary Kathryn, SEAL DAVID W., TAYLOR, Catherien A. (2014), «A systematic review of universal campaigns targeting child physical abuse prevention», *Health Education Research*, vol. 29, n° 3, pp. 388-432.

PRINZ, Ronald J., SANDERS, Matthew R., SHAPIRO, Cheri J., WHITAKER, Daniel J., LUTZKER, John R. (2009), «Population-based prevention of child maltreatment: The US Triple P system population trial», *Prevention Science*, vol. 10, n° 1, pp. 1-12.

RENZAHO, Andre M.N., VIGNJEVIC, Sonia (2011), «The impact of a parenting intervention in Australia among migrants and refugees from Liberia, Sierra Leone, Congo, and Burundi: Results from the African Migrant Parenting Program», *Journal of Family Studies*, vol. 17, n° 1, pp. 71-79.

SANTINI, Paolla Magioni, WILLIAMS, Lucia C. (2016), «Programas Parentales Para la Prevención del Castigo Corporal: Una Revisión Sistemática», *Paidéia Ribeirão Preto*, vol. 26, n° 63, pp. 121-129.

SCHÖNENBERGER, Michaela, SCHMID, Holger, FÄH, Barbara, BODENMANN, Guy, LATTMANN, Urs Peter, CINA, Annette, KERN, Walter, ANLIKER, Susanne (2006), «Eltern und Schule stärken Kinder (ESSKI Konzept eines mehrdimensionalen Forschungs- und Entwicklungsprojekts im Bereich psychosoziale Gesundheit in Schule und Elternhaus», *Forschung und Praxis der Prävention und Behandlung*, vol. 12, pp. 60-74.

SETHI, Dinesh, YON, Yongjie, PAREKH, Nikesh, ANDERSON, Thomas, HUBER, Jasmine, RAKOVAC, Ivo, MEINCK, Franziska (2018), *European status report on preventing child maltreatment*, Copenhagen: World Health Organization.

SIU, Godfrey E., WIGHT, Daniel, SEELEY, Janet, NAMUTEBI, Carolyn, SEKIWUNGA, Richard, ZALWANGO, Flavia, KASULE, Sarah (2017), «Men's involvement in a parenting Programme to reduce child maltreatment and gender-based violence: formative evaluation in Uganda», *The European Journal of Development Research*, vol. 29, n° 5, pp. 1017-1037.

SUMARGI, Agnes, SOFRONOFF, Kate, MORAWSKA, Alina (2014), «Evaluation of a brief format of the Triple P-Positive Parenting Program: A pilot study with Indonesian parents residing in Australia», *Behavior Change*, vol. 31, n° 2, pp. 144-158.

UNICEF (2017), *A familiar face: violence in the lives of children and adolescents*, New York: United Nation's Children's Fund. En ligne: <https://data.unicef.org/resources/a-familiar-face>.

VANDENHOUDT, Hilde, MILLER, Kim S., OCHURA, Juliet, WYCKOFF, Sarah C., OBONG'O, Christopher O., OTWOMA, Nelson J., POULSEN, Melissa N., MENTEN, Joris, MARUM, Elizabeth, BUVÉ, Anne (2010), «Evaluation of a US evidence-based parenting intervention in rural Western Kenya: from parents matter! To families matter!», *AIDS Education and Prevention*, vol. 22, n° 4, pp. 328-343.

WALSH, Kerriyann, ZWI, Karen, WOOLFENDEN, Susan, SHLONSKY, Aron (2018), «School-based education programs for the prevention of child sexual abuse: A cochrane systematic review and meta-analysis», *Research on Social Work Practice*, vol. 28, n° 1, pp. 33-55.

WARD, Catherine, SANDERS, Matthew R., GARDNER, Frances, MIKTON, Christopher, DAWES, Andrew (2016), «Preventing child maltreatment in low-and middle-income countries», *Child Abuse & Neglect*, vol. 78, n° 1, pp. 97-107.

WEBSTER-STRATTON, Carolyn, REID, M. Jamila (2003), «The incredible years parents, teachers and children training series: a multifaceted treatment approach for young children with conduct problems», in Alan E. KAZDIN & John R. WEISZ (éds), *Evidenced-based psychotherapies for children and adolescents*, New York: Guilford, pp. 224-240.

CONCLUSION

FABRICE BRODARD ET RENÉ KNÜSEL

Cet ouvrage a pour ambition de tenter de clarifier une partie des enjeux que pose le recours à des rapports, qualifiés de maltraitants, par des adultes envers des enfants. Le contexte culturel est invoqué pour expliquer ou comprendre une partie des situations concernées. Dit autrement, la maltraitance envers les enfants pourrait s'expliquer par des (més-)usages et des pratiques spécifiques, par exemple dans l'éducation, ou par le décalage dans certaines pratiques en particulier en situation de migration.

Les mauvais traitements répondent à des définitions variables selon les époques et les endroits. Ils sont fonction de sensibilité et de connaissances, en particulier scientifiques. À preuve, les abus sexuels et les violences physiques sévères ont fait l'objet de travaux publiés dès les années 1860, en particulier par Ambroise Tardieu à Paris. Mais il faudra attendre les années 1980 pour que les mauvais traitements psychologiques et la négligence soient plus systématiquement enregistrés et le début des années 2000 pour que les enfants témoins de violences conjugales fassent l'objet d'une attention particulière de la part des professionnel-le-s et entrent dans les statistiques.

L'accélération dans la prise en compte de la maltraitance envers les enfants est à mettre en rapport avec le contexte juridique international, les travaux préparatoires et l'adoption de la Convention internationale des droits de l'enfant, adoptée en 1989 par l'Assemblée générale de l'Organisation des Nations Unies. Ce texte consacre le passage de l'enfant d'objet à sujet de droit. Il introduit également le concept d'intérêt supérieur de l'enfant¹.

1. Jean Zermatten, (2003), «L'Intérêt supérieur de l'enfant, de l'analyse littérale à la portée philosophique». En ligne: https://www.childsrighs.org/documents/publications/wr/wr_interet-superieur-enfant2003.pdf

Le fait que l'ensemble des États reconnus par l'ONU ait signé et ratifié la CIDE, à l'exception notable des États-Unis d'Amérique, devrait contribuer à niveler les différences de traitements entre pays. Outre le fait que les changements sociaux sont lents, des différences de traitements demeurent pourtant et continueront à subsister tant que les conditions d'existence ne seront pas semblables.

Par ailleurs, le contexte culturel, à savoir le poids des traditions dans les rapports adultes-enfants, l'éducation, le rôle de la famille, la représentation de l'enfant, sa place dans la société constituent autant d'éléments qui façonnent leur prise en charge et leur accompagnement.

Les questions centrales qui se posent à ce niveau, et que soulèvent régulièrement les professionnel-le-s, sont relatives à l'importance à accorder aux traditions culturelles d'origine, aux façons de réguler les différences, aux normes à appliquer, mais aussi aux manières de lire les différences, à l'interprétation des codes culturels, aux significations des institutions, des mots, etc. La difficulté est de relever le défi de veiller au développement attendu de l'enfant, tout en respectant l'autorité et la responsabilité parentale, sans remettre en question les valeurs et la culture sur lesquelles se conçoit la famille. Il faut à la fois éviter les atteintes à l'intégrité de l'enfant, tout en renforçant les parents dans leurs tâches.

Les textes qui ont été colligés dans ce recueil n'ont pas réponse à toutes les questions. Ils veulent d'abord montrer l'importance de prendre en compte l'ensemble des points de vue pour d'abord chercher à comprendre et ensuite tenter de remédier aux problèmes posés. S'il existe des maîtres-mots dans la lutte contre la maltraitance infantile c'est ceux de pluri et d'interdisciplinarité. En présence de populations migrantes, en particulier, il est nécessaire de s'entourer des lectures pertinentes à la résolution des questions.

Les différentes contributions à l'ouvrage tentent de relever ce parti difficile, parce que complexe, de la multiplication des regards, sans avoir la prétention à l'exhaustivité, mais après avoir pesé le poids des contraintes d'un ouvrage que les auteurs veulent accessible et la nécessité de ne pas simplifier par trop la complexité.

DIFFÉRENCES CULTURELLES À PLUSIEURS NIVEAUX

La contribution d'Andreas Jud éclaire précisément cette complexité à laquelle l'ensemble des spécialistes du domaine se trouve confronté. Ainsi, sur un territoire aussi limité que la Suisse, « chatouilleuse »

sur le respect de ses différences culturelles, les références théoriques et pratiques, la littérature classique auxquelles les professionnel-le-s ont coutume de se rapporter sont rarement les mêmes, faute de traduction, mais aussi en raison de la diversité dans les approches. Ainsi se créent des zones territoriales qui se côtoient, se jouxtent, mais n'échangent guère entre elles.

La confrontation aux différences n'existe pas uniquement en situation de migration. Elle fait partie de toute société et signifie que la pluralité dans les représentations sociales entre les régions du monde, les aires culturelles et linguistiques, mais aussi entre les catégories ou les classes sociales sont au cœur même de chaque pays.

Andreas Jud s'astreint à faire remarquer quelques éléments saillants parmi les plus importantes différences entre régions linguistiques; il montre toutefois qu'une comparaison entre ces régions, outre qu'elle est délicate, ne permet pas de bien comprendre la pluralité existante dans le domaine. La mise en perspective de deux cantons alémaniques, Berne et Zurich, souligne cette complexité supplémentaire issue du fédéralisme. Sa conclusion est saisissante, puisqu'en tant que spécialiste reconnu, il affirme au terme de la présentation de sa vignette, qu'une famille montrant les mêmes caractéristiques pourrait être signalée et prise en charge dans un canton et ne pas faire l'objet d'un traitement comparable dans le canton voisin avec lequel il partage pourtant le même dispositif administratif.

Avec ses 278 ethnies et plus de 200 langues différentes, le Cameroun représente un lieu d'étude privilégié concernant les différences culturelles. En prenant pour exemple le peuple Banen, le texte de Claude Olivier Bagnéken ajoute encore un degré de complexité en incluant l'influence des tensions entre les valeurs traditionnelles et les valeurs modernes venant déstabiliser les relations avec les enfants et les mécanismes de protection de l'enfant. Les valeurs modernes sont incarnées par la CIDE que le Cameroun a ratifiée en 1993². Celle-ci donne un autre statut à l'enfant, qui n'est plus considéré comme la propriété de ses parents ou de sa communauté. Or, la société traditionnelle Banen s'appuie justement sur la communauté et notamment la lignée masculine pour comprendre l'individu et gérer les conflits intrafamiliaux. Il est attendu de l'enfant qu'il fasse preuve d'obéissance, et des

2. La Suisse l'a ratifiée en 1997.

comportements d'opposition de sa part peuvent être interprétés comme une menace à la cohésion du groupe en fonction du statut de la personne impliquée dans le conflit. Ce dernier peut être géré en privé s'il éclate entre la mère et l'enfant. En revanche, si l'enfant est en conflit avec un membre de la famille maternelle, toute la hiérarchie du village sera concernée. La compréhension de ces différences fondamentales dans la conception de l'enfant et dans la manière de gérer les conflits parent-enfant, nous permet de mieux appréhender les situations antagoniques auxquelles sont confrontées les familles en migration. L'éducation traditionnelle Banen n'accepte pas la maltraitance infantile, mais certaines pratiques socioéducatives peuvent être incompatibles avec les lois en vigueur dans le pays d'accueil. La famille pourra déjà avoir de la difficulté à se voir accusée de mauvais traitements, et l'intervention imposée d'un tiers, complètement externe à la lignée, ajoute un degré d'incompréhension. Ces décalages pourraient contribuer à la résistance de ces familles aux interventions proposées s'ils ne sont pas pris en compte par les professionnel-le-s. Par ailleurs, les spécificités du peuple Banen permettent de prendre la mesure de la diversité possible des conceptions à l'intérieur même d'un pays africain (sans parler de l'ensemble du continent) habituellement considéré comme monoculturel, vu de notre pays.

D'autres spécificités culturelles ont été notées dans cet ouvrage. Le texte de Kossi Kounou rapporte que bien que la maltraitance envers les enfants semble présente dans la plupart des cultures, que ses conséquences négatives soient universellement admises, la prévalence de certaines formes varie en fonction des contextes. La violence physique, particulièrement les châtiments corporels, semble plus fréquente en Afrique subsaharienne. Elle est parfois légitimée par des croyances ou des dictons soutenant sa nécessité pour préparer l'enfant à sa vie d'adulte. Claude Olivier Bagnéken souligne aussi que c'est souvent l'ignorance d'alternatives non violentes qui mène les parents à user de pratiques jugées maltraitantes. Mais dans le contexte africain, le terme de « maltraitance » s'applique surtout aux cas d'enfants placés chez des membres de la famille (par exemple à la suite du décès des parents ou pour s'approcher d'une école), aux enfants parentifiés, au trafic et à l'exploitation des enfants ou encore aux enfants accusés de sorcellerie.

Par conséquent, les organisations internationales, telles que l'OMS, mettent l'accent sur la nécessité de développer la prévention

de la maltraitance, et plus particulièrement dans les pays à faibles revenus. Le chapitre écrit par Caroline Naudin et Fabrice Brodard permet de prendre conscience de l'écart entre ce qui est préconisé par les données de recherches, effectuées majoritairement dans les pays à revenus élevés, et le manque de connaissances et d'études concernant les pays à faibles revenus. L'adoption des lois et des conventions internationales semble un premier pas important pour protéger les jeunes, mais celles-ci se heurtent parfois à des conceptions différentes de l'enfant et de son éducation. Il paraît donc nécessaire de mieux connaître les manifestations de la maltraitance dans ces pays et les mécanismes qui y conduisent et d'évaluer les besoins des parents avant d'envisager une action de prévention. À partir de ces connaissances, il sera alors envisageable d'adapter des programmes au nouveau contexte, ou de construire une approche alternative avec les responsables locaux.

PRISE EN COMPTE DE LA CULTURE

PAR LES INTERVENANT·E·S DU PAYS D'ACCUEIL

Pour mieux saisir ces différences culturelles qui peuvent être mal interprétées par les professionnel·le·s du pays d'accueil, le D^r Ezembé présente le travail de médiation interculturelle qu'il propose avec son équipe. Par exemple, il donne un éclairage à propos des cas d'enfants accusés de sorcellerie, qu'il interprète comme une manière de focaliser les frustrations et les tensions du parcours migratoire. Dans d'autres cas, la médiation permet de clarifier des situations où la culture semble un prétexte pour justifier des pratiques violentes. Il prend l'exemple de la situation de veuvage de M^{me} Maïmouna et de son fils Mamadou, maltraités par la belle-famille sous prétexte d'alliances familiales. Le médiateur, Africain d'origine, peut aider cette mère à clarifier ce qui est permis ou interdit dans sa culture d'origine et faire le lien avec le fonctionnement de la société d'accueil. Par conséquent, un tel espace transitionnel, situé entre les deux cultures permet aux familles de la migration de briser le silence qui les isole, et aux intervenant·e·s de se décentrer d'une vision monoculturelle pour se montrer ainsi plus à l'écoute de la souffrance.

Ce travail est très proche de celui proposé en Suisse par l'association Appartenances. Ses collaborateurs·trices qui signent une contribution à cet ouvrage notent les sentiments de dépendance et

d'impuissance, dominants chez leurs consultant-e-s, qui peuvent vivre l'intervention comme persécutrice, surtout si le parcours migratoire a été traumatisant et qu'ils font face à des pressions administratives pour leur « stabilisation » dans le pays d'accueil. L'exemple d'Ahmed illustre bien ce vécu et l'importance pour les intervenant-e-s d'assurer d'abord la sécurité des personnes et d'établir un lien de confiance par l'écoute et la reconnaissance de la souffrance.

Ce sont également des éléments mis en évidence par la pédiatre Sarah Depallens dans sa contribution. Les deux chapitres montrent aussi qu'il est essentiel pour l'intervenant-e de s'intéresser aux conditions environnementales de l'asile qui peuvent contribuer à l'instabilité de la famille. Ce n'est que dans un second temps, lorsque l'alliance avec l'intervenant-e est plus solide, que la discussion pourra porter sur les conceptions de la parentalité et sur les attentes des parents envers leur enfant, ainsi que sur les croyances et les attributions aux comportements de celui-ci. Ces dernières contribuent, dans bien des cas, aux pratiques considérées comme maltraitantes et peuvent être remises en question dans le travail thérapeutique.

En s'appuyant sur les expériences de Claude Olivier Bagnéken au Cameroun, la proposition d'alternatives non violentes pour gérer ces comportements pourrait être appréciée par ces parents. Finalement, les intervenant-e-s des domaines de la santé (Sarah Depallens) comme du social (Appartenances) s'accordent pour indiquer que la démarche d'accompagnement devrait porter sur la reconnaissance, l'activation des ressources de la famille et la coordination des réseaux social, éducatif et médical.

Si ces dernières intentions font également parties du travail des intervenant-e-s du SPJ, Martine Haemmerli et Dolores Dao expliquent qu'il est en revanche difficile de prendre en compte l'ensemble des spécificités culturelles dans leur mandat de protection. Le SPJ repose sur un modèle régulateur, visant l'adaptation des parents au contexte. Le but est d'évaluer la mise en danger de l'enfant et la capacité des parents d'en prendre conscience et d'y remédier. Dans ce contexte, l'égalité de traitement est prônée et ne laisse pas de place à des directives particulières pour les familles issues de la migration. C'est donc par la complémentarité de la médiation culturelle, telle que proposée par le Dr Ferdinand Ezembé en France ou Appartenances en Suisse, que les familles de la migration pourraient vivre moins frontalement leur confrontation avec la société de migration.

Au terme de la lecture de ces différentes contributions, deux autres éléments peuvent être soulignés en tant qu'outils d'aide à l'analyse :

1. Confronté-e à des situations de mauvais traitements impliquant le contexte culturel, le ou la professionnel·le devrait s'efforcer de chercher à comprendre le sens dans la conduite maltraitante du parent, dans l'idée de tenter de faire la part des choses entre ceux qui ont un comportement éducatif mettant l'enfant en danger et ceux qui veulent préserver et transmettre des valeurs, une identité à leur progéniture, en ayant recours à des méthodes contestables sous nos latitudes, voire intolérables.

2. Lorsqu'il est question d'éducation, il est également nécessaire de chercher à mettre en correspondance les actes perpétrés (recours à la violence psychologique ou physique, négligence) par le parent et l'action reprochée à l'enfant (désobéissance, etc.). Ce faisant, il faut tenter de comprendre l'importance et la gravité des faits reprochés à l'enfant ou au jeune aux yeux des parents auteurs, pour essayer de saisir le sens de la maltraitance³. Cela n'implique en aucun cas une acceptation ou une approbation des actes maltraitants. Il s'agit de tenter de s'efforcer d'appréhender l'éventuelle proportionnalité entre les faits reprochés et les mesures adoptées.

Enfin, face aux incertitudes qu'engendre la confrontation à la diversité culturelle, il existe un consensus minimal, dans les pays développés, pour unanimement dénoncer toutes les formes de comportement portant atteinte à l'intégrité sexuelle des enfants, par-delà les différences culturelles. La pratique de l'excision montre encore la persistance de certaines traditions dont l'existence est sanctionnée dans les pays développés. Au-delà de la criminalisation de l'acte et des condamnations administrées, c'est un travail autour de la pratique elle-même – reproduction ancestrale d'un signe d'appartenance – qui doit être entrepris autant auprès des familles immigrées que de celles restées au pays, pour éviter de mettre en cause et de rejeter l'ensemble de l'environnement culturel auquel l'acte renvoie.

Le travail à engager pour poursuivre les efforts consentis devrait viser deux directions au moins :

Mieux connaître les phénomènes de mauvais traitements pour mieux les prévenir demeure un leitmotiv essentiel de celles et ceux qui ont contribué à cet ouvrage. Les pistes de développements à

3. Voir à ce propos Lansford *et al.* (2014); et Rodriguez *et al.*, 2007.

venir sont d'ores et déjà tracées : travailler à l'établissement de données fiables à propos des comportements maltraitants, inappropriés de la part des adultes envers les enfants. Les mauvais traitements liés à la migration, dus aux changements dans l'environnement familial ou encore ceux nés de la confrontation avec d'autres modèles éducatifs doivent davantage être investigués. Un effort particulier devrait aussi être fait pour étudier les manifestations de mauvais traitements dans les pays en développement, souvent délaissés par la recherche. Une première étape serait de documenter les types de pratiques parentales ainsi que les comportements de l'enfant qui mettent les parents de ces pays en difficulté, puis d'identifier les besoins de soutien des parents.

Enfin, la formation et la sensibilisation des professionnel-le-s aux questions interculturelles devraient constituer une préoccupation pour l'ensemble des secteurs appelés à travailler les relations de la famille et des enfants dans un contexte culturel pluriel. Il n'est plus acceptable d'œuvrer en se référant uniquement à des modèles « occidentaux », et de considérer que la culture n'a qu'une influence minimale sur des construits psychologiques⁴. Les relations parents-enfant, la psychopathologie, les maladies, ainsi que les traitements proposés doivent prendre en considération les variations culturelles dans leurs conceptualisations et leurs manifestations. Mais comme les études de ces notions sont rares dans les pays à faibles revenus, les formations de professionnel-le-s n'y accordent souvent qu'une place marginale dans leurs programmes (par exemple postgrades en psychothérapies dispensées en Suisse romande). Une manière de parer à ce déficit de connaissances est de favoriser la multiculturalité dans la composition des équipes de professionnel-le-s. La réflexion dans des séances d'intervision/supervision et, par conséquent, le travail de terrain se verront alors enrichis de regards différents sur les problématiques présentées.

4. Brodard et Kounou (2021).

BIBLIOGRAPHIE

BRODARD, Fabrice et KOUNOU, Kossi (2021), « Évaluations clinique et psychopathologique dans un contexte multilingue et multiculturel », in Jérôme Rossier (éd.), *Évaluation psychologique dans un contexte multilingue et multiculturel*, Paris/Bruxelles : Mardaga, pp. 243-256.

LANSFORD, Jennifer E., WOODLIEF, Darren., MALONE, Patrick. S., OBURU, Paul *et al.* (2014), « A longitudinal examination of mothers' and fathers' social information processing biases and harsh discipline in nine countries », *Development and psychopathology*, 26 (3), pp. 561-573.

RODRIGUEZ, Christina M., et RICHARDSON, Michael J. (2007), « Stress and anger as contextual factors and preexisting schemas : Predicting parental child maltreatment risk », *Child Maltreatment*, 12, pp. 325-337.

BIBLIOGRAPHIE GÉNÉRALE

Arbeitsgruppe der Kommission für die Integration der Migrantinnen und Migranten und gegen Rassismus (KMR), (2007). *Verstümmelung der weiblichen Genitalien (FGM). Zusammenfassung der Untersuchungen und Empfehlungen*, Fribourg-en-Brisgau : KMR.

Association DIS NO (2007), *De la maltraitance psychologique à la Bien Traitance*, Lausanne : Association DIS NO.

AVERDIJK, M., MÜLLER-JOHNSON, K. et EISNER, M. (2011), « Sexuelle Viktimisierung von Kindern und Jugendlichen in der Schweiz », *Schlussbericht für die UBS Optimus Foundation*.

AVVANZINO, P. (2000), « La violence comme fait de culture. La culture de la violence chez les adultes "éduquants" », in Flückiger, I. (dir.), *Enfants maltraités. Intervention sociale*, Lausanne : Éditions de l'EESP, pp. 63-88.

BEDAY-HAUSER, P. (1992), « Violences culturelles, institutionnelles et familiales : maltraitance et migration », in Vannotti, M. (dir.), *Le silence comme un cri à l'envers. Maltraitance et abus sexuels envers les enfants*, Genève : Médecine et Hygiène, pp. 79-88.

BRUNNER, S. (2013), *Früherkennung von Gewalt an kleinen Kindern. Leitfaden für Fachpersonen im Frühbereich*, Berne : Stiftung Kinderschutz Schweiz.

CIRILLO, S. (1992), « La famille maltraitante », in Vannotti, M. (dir.), *Le silence comme un cri à l'envers. Maltraitance et abus sexuels envers les enfants*, Genève : Médecine et Hygiène, pp. 49-66.

Commission cantonale vaudoise de prévention des mauvais traitements envers les enfants (CCMT) (1998), *Concept de prise en charge et de prévention des mauvais traitements envers les enfants et les adolescents*, Lausanne : CCMT.

Confédération Suisse (2012), *Violence et négligence envers les enfants et les jeunes au sein de la famille : aide à l'enfance et à la jeunesse et*

sanctions des pouvoirs publics. Rapport du Conseil fédéral en réponse au postulat Fehr, Berne : Confédération Suisse.

Conférence en matière de protection des mineurs et des adultes (COPMA)/Association des services cantonaux de migration (ASM) (2018), *Recommandation pour la mise en œuvre de l'obligation de communiquer entre les APEA et les autorités migratoires conformément à l'art. 82f OASA*, Lucerne/Berne : COPMA/ASM.

COTTIER, M. (2008), *Zivilrechtlicher Kinderschutz und Prävention von genitaler Mädchenbeschneidung in der Schweiz*, Zurich : UNICEF.

DE PIETRO, J., GRAF, A., HAUSAMMANN, C. V., SCHNEGG, B. et VÖGELI, S. (2014), *Prävention, Versorgung, Schutz und Intervention im Bereich der weiblichen Genitalbeschneidung (FGM/C) in der Schweiz. Empfehlungen und Best Practices*, Berne : Schweizerisches Kompetenzzentrum für Menschenrechte.

DELAY, C. et FRAUENFELDER, A. (2005), « La maltraitance en tant que problème public et instrument d'encadrement des familles : analyse de l'émergence d'un nouveau régime éducatif de savoir-éduquer (1990-2005) », *Revue suisse de sociologie*, 31 (2), pp. 383-406.

DELAY, C. et FRAUENFELDER, A. (2013), « Ce que "bien éduquer" veut dire », *Déviance et société*, 37 (2), pp. 181-206.

DELAY, C., FRAUENFELDER, A., SCHULTHEIS, F. et STASSEN, J.-F. (2006), « Enfants en danger – familles dangereuses : les métamorphoses de la question sociale sous le règne du nouvel esprit du capitalisme », in VUILLE, M. et SCHULTHEIS, F. (dir.), *Entre flexibilité et précarité, regards croisés sur la jeunesse*, Paris : L'Harmattan, pp. 189-214.

DIERING, H. et RASCHLE, I. (2002), *Zeigen Sie Stärke: Keine Gewalt an Kindern*, Berne : Kinderschutz Schweiz.

EFIONAYI-MÄDER, D., ERMERT KAUFMANN, C., FIBBI, R., KRUMMENACHER, J., LANFRANCHI, A., MOSER, Z. & VIERNIECKEL, S. (2008), *Familles – Éducation – Formation*, Berne : Commission fédérale de coordination pour les questions familiales (COFF).

Fédération Solidarité Femmes de Suisse et du Liechtenstein. (s. d.), *Et les enfants?* En ligne : <https://www.frauenhaus-schweiz.ch/fr/et-les-enfants>

FERNANDES, M. (2012), *Représentations de la maltraitance infantile d'un groupe d'enseignantes d'une école primaire du canton de Vaud*,

leur rôle dans ce domaine et leurs connaissances sur les procédures de signalement, mémoire de Master, Université de Lausanne, Faculté de biologie et médecine.

FRAUENFELDER, A. (2009). «Le rapport des classes populaires à l'autorité: une préférence pour l'éducation "à l'ancienne" qui n'a rien de naturel», in SCHULTHEIS F., FRAUENFELDER A., DELAY C., PIGOT N. et al., *Les classes populaires aujourd'hui. Portraits de familles, cadres sociologiques*, Paris: L'Harmattan, pp. 349-383.

FRAUENFELDER, A. (2016), «Le retour de l'«enfance en danger». Seuil de sensibilité, modes d'intervention et normes de parentalité en mutation», in VITTORI, B. (dir.), *Au risque de la prévention. Enfance, jeunesse, famille et travail social: de la prévention précoce à la participation sociale*, Genève: Éditions ies, pp. 105-132.

FRAUENFELDER, A. et DELAY, C. (2005), «La cause de l'enfant et sa résonnance spécifique auprès des classes moyennes à travers la régulation du problème "maltraitance"», *Carnets de bord en sciences humaines* (dossier), 10, pp. 79-92.

FRAUENFELDER, A. et MOTTET, G. M. F. (2012), «La fabrique d'un problème public. Reconnaître, expertiser et gérer la "violence en milieu scolaire"», *Revue suisse de sociologie*, 38 (3), pp. 459-477.

FRAUENFELDER, A., DELAY, C., et PIGOT, N. (2006), «De la "maltraitance" à la "bienveillance" envers les enfants. La promotion d'un nouveau modèle d'excellence parentale», *Petite enfance: bulletin romand*, 98, pp. 53-61.

GABEL, M. (1996, juin), «Diversité, complémentarité et partenariat des professionnels. Communication présentée au colloque "États généraux de la maltraitance. Prise en charge multidisciplinaire et pratiques de réseau"», Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, Lausanne.

GAVARINI, L. (2009), «La passion de l'enfant: les nouvelles normes éducatives et familiales», in FAVEZ, M. (dir.), *La famille pour grandir. De l'enfance cabossée à la famille rêvée*, Lausanne: Les Cahiers de l'éesp, pp. 73-88.

GENDRE, L. et MÉMOIRE, N., *Entre valeur économique et valeur sentimentale, quelles conceptions de l'enfance?: exploration du regard de parents africains immigrés sur leur propre enfance et sur leur parentalité*, Sion: Institut universitaire Kurt Bösch.

GISLER, A. et PLAZA, S. (2012), «*Häusliche Gewalt geht uns alle an*». En ligne: https://www.stadtzuerich.ch/content/dam/stzh/prd/Deutsch/Gleichstellung/aktuell_in_den_Medien/PDF/vor_2016/12-16_2_14_Round_Table.pdf

Grand Conseil genevois (2006), *Rapport du Conseil d'État au Grand Conseil sur: M 1591-b, RD 480-A, RD 603-A*, Genève: Secrétariat du Grand Conseil.

GRAZ, B. et HOFNER, M. C. (2009), *Bienveillance: revue de la littérature et état des lieux*, Fribourg: Fondation Charlotte Olivier.

GRAZ, B., PLANCHEREL, F., GERVASONI, J. P. et HOFNER, M. C. (2009), «*La bienveillance*», exploration du concept et essai d'utilisation en santé publique. Une expérience à Fribourg (Suisse)», *Santé publique*, 21 (1), pp. 89-99.

Groupe de travail Enfance maltraitée (1992), *Enfance maltraitée en Suisse. Rapport final présenté au Chef du Département fédéral de l'intérieur*, Berne: Groupe de travail Enfance maltraitée.

GULFI, A. (2015), «*La gestion de la différence culturelle par les éducateurs sociaux dans leur travail au quotidien*», *Alterstice: Revue internationale de la recherche interculturelle*, 5 (2), pp. 109-122.

HAURI, A. et ZINGARO, M. (2013), *Kindeswohlgefährdung erkennen in der sozialarbeiterischen Praxis*, Berne: Stiftung Kinderschutz Schweiz.

HOFNER, M. C., AMMANN, Y. et BREGNARD, D. (2001), *Recherche sur la maltraitance envers les enfants dans le canton de Vaud*, Service d'édition et de diffusion SED, Hospices cantonaux, Département universitaire de médecine et santé communautaires DUMSC.

HOHLFELD, P., JÄGER, F., & THIERFELDER, C. (2005), *Patientinnen mit genitaler Beschneidung: Schweizerische Empfehlungen für Ärztinnen und Ärzte, Hebammen und Pflegefachleute*, Bâle: Société Suisse de Gynécologie.

JÄGER, F. et HOHLFELD, P. (2009), «*Comment agir concrètement contre l'excision des filles en Suisse*», *Forum Med Suisse*, 9, pp. 433-439.

JÄGER, F., SCHULZE, S., et HOHLFELD, P. (2002), «*Female genital mutilation in Switzerland: a survey among gynaecologists*», *Swiss Medical Weekly*, 132 (19-20), pp. 259-264.

JUD, A. (2010), «*La mise en danger du développement de l'enfant*», in VOLL, P., JUD, A., MEY, E., HÄFELI, C. et STETTLER, M. (dir.),

La protection de l'enfance: gestion de l'incertitude et du risque, Genève: Éditions ies, pp. 35-53.

JUD, A., LANDOLT, M. A., TATALIAS, A., LACH, L. M. et LIPS, U. (2013), « Health-related quality of life in the aftermath of child maltreatment: follow-up study of a hospital sample », *Quality of life research*, 22 (6), pp. 1361-1369.

JUD, A., LIPS, U. et LANDOLT, M. A. (2010), « Characteristics associated with maltreatment types in children referred to a hospital protection team », *European Journal of Pediatrics*, 169 (2), pp. 173-180.

KAUFMANN, C. et ZIEGLER, F. (2003), *Kindeswohl: eine interdisziplinäre Sicht – Le bien de l'enfant: une approche interdisciplinaire*, Zurich/Coire: Verlag Rüegger.

KELLERHALS, J. et MONTANDON, C. (1991), « Les stratégies éducatives des familles: milieu social, dynamique familiale et éducation des préadolescents ». *Revue française de pédagogie*, 100 (1), pp. 124-126.

KRÜGER, P., LÄTSCH, D., VOLL, P. et VÖLKSEN, S. (2017), *Übersicht und evidenzbasierte Erkenntnisse zu Massnahmen der Früherkennung von innerfamiliärer Gewalt bzw. Kindeswohlgefährdungen*, Berne: Confédération suisse.

KRÜGER, P., LÄTSCH, D., VOLL, P. et VÖLKSEN, S. (2018a), « Détection précoce des violences intrafamiliales et des cas de mise en danger du bien de l'enfant », *Sécurité sociale CHSS*, 1 (1), pp. 21-24.

KRÜGER, P., LÄTSCH, D., VOLL, P. et VÖLKSEN, S. (2018b), « Früherkennung von innerfamiliärer Gewalt und Kindeswohlgefährdung », *CHSS – Soziale Sicherheit*, 1 (1), pp. 21-24.

LANFRANCHI, A. (2009a), « Gewalt bei Migrationskindern – ziehen wir die Schublade Kultur? », *Schweizerische Zeitschrift für Heilpädagogik*, 3, pp. 6-12.

LANFRANCHI, A. (2009b), « Kompetenz statt Kulturalisierung. Ein mehrdimensionales Analysemodell für Gewalt in Migrationsfamilien », *Psychoscope*, 30 (5), pp. 8-11.

LAYAT BURN, C. (2007), *Représentations sociales et approche thérapeutique en milieu médical: quelles différences entre des patients de diverses cultures*, thèse de Doctorat, Université de Genève, Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation.

LEANZA, Y. (2003), *Éducation, pédiatrie et cultures. Du sens de l'activité professionnelle pour des pédiatres dans leur travail de prévention auprès de familles migrantes*, thèse en sciences de l'éducation, Université de Genève, Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation.

LEANZA, Y. (2004), «Pédiatres, parents migrants et interprètes communautaires: un dialogue de sourds?», *Cahiers de l'institut lausannois des sciences du langage*, 16, pp. 131-158.

LEANZA, Y. (2007), «Prévenir la différence Analyse d'une pratique pédiatrique "interculturelle"», *Face à face. Regards sur la santé*, 10, pp. 28-36.

LIPS, U. (2011), *Maltraitance infantile – protection de l'enfant. Guide concernant la détection précoce et la façon de procéder dans un cabinet médical*, Berne: Fondation suisse pour la protection de l'enfant.

LOW, N., MARTI, C. et EGGER, M. (2005), «Mädchenbeschneidung in der Schweiz. Umfrage von UNICEF Schweiz und der Universität», *Schweizerische Ärztezeitung*, 86 (26), pp. 970-973.

MANEFF, C., JEANNOT, E., KABENGELE MPINGA, E., WYLER LAZAREVIC, C.-A. et CHASTONAY, Ph. (2014), «Maltraitance repérée dans le cadre scolaire à Genève: regard sur ces dix dernières années», *Revue médicale suisse*, 10, pp. 1517-1521.

MARTI, C. et LOW N. (2005), *Mädchenbeschneidung in der Schweiz. Umfrage bei Schweizer Hebammen, Gynäkologen/-innen, Pädiatern/-innen und Sozialstellen*, Zurich: Schweizerisches Komitee für UNICEF.

MARTI, C. et WERMUTH, B. (2009), *Éducation sexuelle durant la petite enfance et prévention des abus sexuels*, Berne: Fondation Suisse pour la Protection de l'Enfant.

MÉTRAUX, J.-C. (2001), *Approche de la maltraitance avec les familles migrantes*, communication présentée au colloque «Comprendre, prévenir, intervenir, soigner», Université de Lausanne.

MONTANDON, C. et SAPRU, S. (2002), «L'étude de l'éducation dans le cadre familial et l'apport des approches interculturelles», *Pourquoi des approches interculturelles en sciences de l'éducation*, pp. 125-145.

Observatoire de la maltraitance envers les enfants *et al.* (2008), *Analyse thématique de deux journées d'échanges sur le signalement en vue du colloque du 27 février 2008*, Colloque du 27 février 2008

sur le signalement des enfants maltraités, Université de Lausanne: Observatoire de la maltraitance envers les enfants.

Office fédéral des assurances sociales (OFAS) (2005), *Violence envers les enfants: concept pour une prévention globale*, Berne: OFAS.

PERREZ, M., EWERT, U., MOGGI, F. et PLANCHEREL, B. (1995), « La punition des enfants », in Pourtois, J.-P. (dir.), *Blessure d'enfant-la maltraitance: théorie, pratique et intervention*, Bruxelles: De Boeck, pp. 124-137.

Protection de l'enfance Suisse. (s. d.), *Traite des enfants dans le domaine de l'asile – identification et manière de procéder en cas de soupçon*, Berne: Protection de l'enfance Suisse.

Protection de l'enfance Suisse. (2016), *Traite des enfants. Prévention, identification et soutien des victimes mineures*, Berne: Protection de l'enfance Suisse.

SCALAMBRIN, L. (2005), *La construction d'un problème social en tant que problème interculturel: Examen critique de la lecture culturaliste des acteurs institutionnels à l'égard du problème de la maltraitance*, Mémoire de DEA, Université de Genève, Faculté des sciences de la société, Département de sociologie.

SCALAMBRIN, L. (2009), « “Maltraitance” et “interculturalité” : Quand les différences culturelles sont pensées comme des déterminants majeurs des comportements familiaux », *Bulletin de l'ARIC*, 47, pp. 62-70.

SCHNURR, S. (2007), *Aide à l'enfance et à la jeunesse: prestations de base*, Bâle: Institut de l'aide à l'enfance et à la jeunesse.

SCHÖBI, D., KURZ, S., SCHÖBI, B., KILDE, G., MESSERLI, N. et LEUENBERGER, B. (2017), *Bestrafungsverhalten von Eltern in der Schweiz. Physische und psychische Gewalt in Erziehung und Partnerschaft in der Schweiz: Momentanerhebung und Trendanalyse*, Fribourg: Université de Fribourg.

SCHÖBI, D., PLANCHEREL, B. et TCHUMAKOV, M. PERREZ, M. (2006), « La punition corporelle des enfants en Suisse et en Russie », *La revue internationale de l'éducation familiale*, 19, pp. 53-75.

SCHÖBI, D. et PERREZ, M. (2007), « *Bestrafungsverhalten von Erziehungsberechtigten in der Schweiz* », *und Kinder*, 80, pp. 17-29.

SCHULTHEIS, F. (2006), *Familles dangereuses ou familles vulnérables?*, Genève: Université de Genève.

SCHULTHEIS, F., FRAUENFELDER, A. et DELAY, C. (2005), *La maltraitance envers les enfants: entre consensus moral, fausses évidences et enjeux sociaux ignorés. Analyse sociologique des transformations du rapport social à l'enfance dans le canton de Genève depuis 1990*, Genève: Université de Genève.

SCHULTHEIS, F., FRAUENFELDER, A. et DELAY, C. (2007), *Maltraitance: contribution à une sociologie de l'intolérable*, Paris: L'Harmattan.

Schweizerisches Komitee für UNICEF (2013), *Weibliche Genitalverstümmelung in der Schweiz. Risiko. Vorkommen, Handlungsempfehlungen*, Zurich: Schweizerisches Komitee für UNICEF.

STERN, S., TRAGESER, J., RÜEGGE, B. et ITEN, R. (2014), *Maisons d'accueil pour femmes en Suisse: analyse de la situation et des besoins. Rapport de base*, Berne: CDAS/BFEG.

Terre Des Femmes Schweiz. (s. d.), *Dossier weibliche Genitalverstümmelung (FGM)*. En ligne: <https://www.terre-des-femmes.ch/de/themen/weibliche-genitalverstuemmung>

Terre Des Femmes Schweiz (2006), *Excision: Nous protégeons nos filles*, Berne: Terre Des Femmes Schweiz.

VOLL, P. (2006), « Wenn Kinder mit Behörden gross werden-Probleme und Prozesse im zivilrechtlichen Kinderschutz », *Soziale Sicherheit CHSS*, 5, pp. 242-248.

VON WOGAU, J. R., EIMMERMACHER, H. et LANFRANCHI, A. (dir.) (2004), *Therapie und Beratung von Migranten: Systemisch-interkulturell denken und handeln*, Bâle: Beltz PVU.

WEBER, S., LANDOLT, M. A., MAIER, T., MOHLER-KUO, M., SCHNYDER, U. et JUD, A. (2017), « Psychotherapeutic care for sexually-victimized children – Do service providers meet the need? Multilevel analysis », *Children and youth services review*, 73, pp. 165-172.

ZIEGENHAIN, U., WEBER, J., PILLHOFER, M., KÜNSTER, A. K., JUD, A. et FEGERT, J. M. (2014), « Soziale und kulturelle Veränderungen der Rahmenbedingungen des Aufwachsens von Kindern [Social and cultural trends in the context of developing children] », in A. Jud, J. M. Fegert et M. Schlup (éds), *Kinder- und Jugendhilfeim Trend-Veränderungenim Umfeldder Kinder- und Jugendhilfe am Beispiel der Stadt Zürich*, Lucerne: interact, pp. 43-58.

AUTEUR·E·S

Blewussi Kounou Kossi: Docteur en psychologie, enseignant-chercheur au Département de psychologie appliquée de la Faculté des sciences de l'homme et de la société, Université de Lomé, Togo. Maître de conférences en psychologie en France. Membre associé du Centre de recherche sur la famille et le développement de l'Université de Lausanne. Psychologue au Centre de psychotraumatologie et de thérapies brèves à Lomé, au Centre d'aide sociale Saint-André à Adetikope et des bénéficiaires de l'orphelinat Saint-Joseph à Lomé.

Bagnéken Claude Olivier: Secrétaire exécutif de l'association EMIDA (Élimination de la maltraitance infantile et domestique en Afrique), qui s'est donnée comme principales missions, la gestion des partenariats, le développement du concept EMIDA dans divers contextes culturels et l'élaboration des projets. EMIDA a été créée en 1999 par un groupe d'éducateurs sous l'impulsion d'un missionnaire suisse. Claude Olivier Bagnéken rédige actuellement une thèse de doctorat sur le développement des politiques sociales de protection de l'enfant dans le contexte camerounais.

Brodard Fabrice: Docteur en psychologie de l'Université de Fribourg, Maître d'enseignement et de recherche, Centre de recherche sur la famille et le développement, Institut de psychologie, Université de Lausanne. Psychologue spécialiste de l'enfant et de l'adolescent et spécialiste en psychothérapie auprès du Service de consultation de l'enfant et de l'adolescent de l'Université de Lausanne.

Conne Philippe: Il travaille actuellement comme psychologue-psychothérapeute à Appartenances-Lausanne auprès d'enfants, d'adolescents et d'adultes. Il a donné divers cours sur le traumatisme et la migration et diverses supervisions ethnopsychiatriques individuelles ou en groupe et il a participé à diverses publications entre autres sur le travail avec des adolescents migrants.

Depallens Sarah: Pédiatre, médecin associée au CAN Team (Unité hospitalière de protection de l'enfant et l'adolescent) et à la DISA (Division interdisciplinaire de santé de l'adolescent) au CHUV (Centre hospitalier universitaire vaudois) à Lausanne. Elle exerce une activité clinique spécialisée dans l'accès aux soins des familles issues de la migration et l'évaluation des mineurs exposés à des mauvais traitements. Son doctorat en médecine portait sur l'état de santé des enfants sans papiers à Lausanne. Elle a publié plusieurs articles sur la maltraitance infantile et l'impact des déterminants sociaux sur la santé globale des enfants et des adolescents en Suisse.

Dao Dolores: Ancienne adjointe-suppléante à l'Office régional de protection des mineurs du Centre au Service de protection de la jeunesse du canton de Vaud. Licenciée en sciences sociales et psychopédagogiques de l'École des Sciences sociales et politiques de l'Université de Lausanne, elle a essentiellement travaillé comme assistante sociale,

Ezembé Ferdinand: Docteur en Psychologie de l'Université Paris X. Il dirige Axes Pluriels, une association d'accompagnement social, familial et psychologique qui intervient dans plusieurs pays. Spécialisé dans les médiations interculturelles, il a publié de nombreux articles et ouvrages sur la situation des enfants en Afrique et en France. Parmi ceux-ci figurent *L'enfant africain et ses univers*, publié en 2004 chez Karthala, et *Les adolescents noirs en France*, publié en 2013 chez Karthala.

Haemmerli Martine: Ancienne adjointe-suppléante à l'Office de protection des mineurs du Nord, du Service de protection de la Jeunesse du canton de Vaud. Assistante sociale de formation, elle est aussi diplômée des Universités de Genève et de Neuchâtel. Elle a travaillé en tant qu'assistante sociale au Service social international,

puis déléguée du CICR et enfin chargée de suivi de programmes de développement pour l'enfance à Terre des hommes. Elle a poursuivi sa carrière au SPJ auprès des familles, puis comme responsable d'équipes et d'office.

Jud Andreas: Professeur au département de pédopsychiatrie de l'Université d'Ulm (chaire d'Épidémiologie et Tendances en Protection de l'enfance) et à la Haute École spécialisée Lucerne, Travail social. Il est l'auteur d'études interdisciplinaires sur la protection de l'enfance, l'incidence de la maltraitance chez les enfants et les jeunes et sur les services aux victimes. En 2011, il a fait un stage au Centre de recherche sur l'enfance et la famille de l'Université McGill, Montréal. Il est coéditeur de la revue *Child Abuse & Neglect*.

Knüsel René: Professeur de politiques sociales et de sociologie des problèmes sociaux à l'Université de Lausanne et ancien directeur de l'Observatoire de la maltraitance envers les enfants à l'Université de Lausanne. Il a une formation en sciences politiques et en sociologie. Il a conduit plusieurs études sur la question des mauvais traitements en Suisse, entre autres sur la prévalence de ces problèmes dans la population des enfants et des jeunes. Les résultats ont été publiés dans des revues suisses et internationales.

Naudin Caroline: Doctorante et assistante diplômée au Centre de recherche sur la famille et le développement de l'Institut de Psychologie de l'Université de Lausanne. Elle est titulaire d'un Master en Psychologie de l'enfant et de l'adolescent de l'Université de Lausanne. Ses intérêts portent sur les pratiques parentales ainsi que sur les différences culturelles. Sa thèse s'intéresse à la maltraitance envers les adolescentes au sein de la famille en Suisse et en Afrique.

Río Benito María: MD et PhD, médecin spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et en neurologie. Master en Promotion de la santé. Diplôme universitaire en Psychiatrie transculturelle. Travaille actuellement en pratique indépendante à Lausanne. Ses intérêts de recherche sont la psychose, la psycho traumatologie, l'impact des déterminants sociaux sur la santé mentale, l'anthropologie de la santé, et le travail en psychiatrie avec interprète. Elle a publié des articles sur ces thématiques.

Uwimana Christine: Médecin psychiatre-psychothérapeute FMH d'adultes, orientation psychodynamique, travaille dans un cabinet indépendant. Ancienne cheffe de clinique au sein de la Consultation psychothérapeutique pour migrants d'Appartenances à Lausanne. Formatrice dans le domaine de la migration et des traumatismes, en collaboration avec l'Organisation suisse d'aide aux réfugiés (L'OSAR). Ancienne médecin à l'Hôpital neuro-psychiatrique du Rwanda et a enseigné à KHI (Kigali Health Institute).

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION René Knüsel	5
VARIATION DANS LES FORMES DE PROTECTION DE L'ENFANCE EN SUISSE: TERMINOLOGIE, DISCOURS ET STRUCTURES Andreas Jud	23
L'ÉVALUATION DE LA MALTRAITANCE DANS LES CONTEXTES INTERCULTURELS; L'EXEMPLE DU SERVICE DE PROTECTION DE LA JEUNESSE DU CANTON DE VAUD (SPJ) Dolores Dao et Martine Haemmerli	43
ABORDER LES MAUVAIS TRAITEMENTS AVEC LES FAMILLES ISSUES DE LA MIGRATION. LE REGARD DU PÉDIATRE Sarah Depallens	61
ÉCOUTER LA DIVERSITÉ CULTURELLE LIÉE À LA MIGRATION, L'EXPÉRIENCE D'APPARTENANCES Philippe Conne, María Ríó Benito et Christine Uwimana	83
PARADOXES ET LIMITES DE LA DIMENSION CULTURELLE: PRISE EN CHARGE DES VIOLENCES INTRAFAMILIALES DANS LES FAMILLES MIGRANTES; ÉCLAIRAGE À PARTIR DE TROIS SITUATIONS CLINIQUES Ferdinand Ezembé	107
REGARD TRANSCULTUREL SUR LES CONSÉQUENCES DES MAUVAIS TRAITEMENTS À L'ENFANCE ET APPROCHE THÉRAPEUTIQUE Kossi Blewussi Kounou	125

GESTION DES CONFLITS DANS LA RELATION PARENTS-ENFANT ET CONTEXTE CULTUREL : UNE APPROCHE FONDÉE SUR LE RÔLE ET LE STATUT SOCIAL DES ACTEURS CHEZ LES BANEN DU CAMEROUN	149
Claude Olivier Bagnéken	
LA PRÉVENTION DE LA MALTRAITANCE ENVERS LES ENFANTS : RECOMMANDATIONS INTERNATIONALES ET TRANSPOSABILITÉ CULTURELLE	173
Fabrice Brodard et Caroline Naudin	
CONCLUSION	199
Fabrice Brodard et René Knüsel	
BIBLIOGRAPHIE GÉNÉRALE	209
AUTEUR·E·S	217

Impression
La Vallée – Aoste
Août 2021

QUI CHÂTIE BIEN...

MAUVAIS TRAITEMENTS ENVERS LES ENFANTS ET CONTEXTE CULTUREL

S'il est beaucoup question de maltraitance envers les enfants depuis quelques années, les différences culturelles dans le comportement des adultes à leur égard ont peu été approfondies. Cet ouvrage cherche à combler cette lacune par une approche multidisciplinaire, accueillant les points de vue de chercheur·e·s comme de praticien·e·s.

Une autre originalité du livre est de donner la parole à des spécialistes établis en Afrique comme en Europe, offrant une large perspective sur la manière d'aborder la question. La confrontation culturelle dans le comportement à l'égard des enfants est considérable, puisque même à l'intérieur d'un pays aussi petit que la Suisse, les pratiques familiales, celles des services spécialisés, et plus globalement les sensibilités diffèrent beaucoup d'une région à l'autre.

Au fil des articles, un certain nombre de constantes se font jour autour des mauvais traitements envers les enfants. Mais l'adéquation dans la manière de se comporter varie dans le temps comme dans l'espace. Ce qui était toléré hier ne l'est plus forcément aujourd'hui. Ce que l'on dénonce ailleurs, comme le travail forcé, était une pratique courante sous nos latitudes jusqu'à la première moitié du XX^e siècle.

La lecture de ces pages intéressera toutes les personnes concernées par des modes d'éducation et de comportement différents, au sein d'un même État ou entre pays.

René Knüsel est professeur honoraire à la Faculté des sciences sociales et politiques de l'Université de Lausanne.

Fabrice Brodard est maître d'enseignement et de recherche à la Faculté des sciences sociales et politiques de l'Université de Lausanne.

ISBN 978-2-88901-185-8

