

# **Les professionnels face à l'enfance en danger**

**Lorsque la méconnaissance fait mal**

## Chez le même éditeur

### *Dans la même collection*

*Drames en milieu scolaire*, par J.-L. Pilet. 2009, 240 pages.

*La mémoire de l'enfant*, par A. M. Soprano et J. Narbona. 2009, 216 pages.

*Échelles et questionnaires d'évaluation*, par M. Bouvard. Vol. 1, 2008, 192 pages.  
Vol. 2, 2008, 200 pages.

*Rythmes de vie et rythmes scolaires*, par F. Testu, 2008, 192 pages.

*La relaxation thérapeutique chez l'enfant*, collectif, 2008, 216 pages.

*Troubles de l'attention chez l'enfant*, collectif, 2007, 264 pages.

*Adaptation scolaire*, par S. Guillard, 2007, 296 pages.

### *Dans la collection Pratiques en psychothérapie*

*L'approche thérapeutique de la famille*, par G. Salem. 2009, 5<sup>e</sup> édition, 304 pages.

*Applications en thérapie familiale systémique*, par K. et T. Alberne. 2008, 288 pages.

### *Dans la collection Médecine et psychothérapie*

*Les dépressions périnatales*, par J. Dayan. 2008, 240 pages.

*Le développement affectif et intellectuel de l'enfant*, par B. Golse. 2008, 4<sup>e</sup> édition,  
400 pages.

*Les thérapies familiales systémiques*, par K. et T. Alberne. 2008, 3<sup>e</sup> édition, 320 pages.

### *Dans la collection Les Âges de la vie*

*La consultation avec l'enfant*, par P. Delion. 2010, 280 pages.

*L'attachement : approche clinique*, par N. et A. Guédeney. 2010, 256 pages.

*L'attachement : approche théorique*, par N. et A. Guédeney. 2010, 3<sup>e</sup> édition, 256 pages.

*Enfance et psychopathologie*, par D. Marcelli. 2009, 8<sup>e</sup> édition, 736 pages.

*Adolescence et psychopathologie*, par D. Marcelli et A. Braconnier. 2008, 7<sup>e</sup> édition,  
720 pages.

*Psychopathologie de la scolarité*, par N. Catheline. 2007, 7<sup>e</sup> édition, 352 pages.

# **Les professionnels face à l'enfance en danger**

**Lorsque la méconnaissance fait mal**

Pierre G. Coslin  
Brigitte Tison

Annick Cartron

Gilles Legrand

Henriette Englander

Elena Myasoedova

Jocelyne Hansen

Yvane Wiart



**ELSEVIER  
MASSON**



Ce logo a pour objet d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, tout particulièrement dans le domaine universitaire, le développement massif du « photo-copillage ». Cette pratique qui s'est généralisée, notamment dans les établissements d'enseignement, provoque une baisse brutale des achats de livres, au point que la possibilité même pour les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée.

Nous rappelons donc que la reproduction et la vente sans autorisation, ainsi que le recel, sont passibles de poursuites. Les demandes d'autorisation de photocopier doivent être adressées à l'éditeur ou au Centre français d'exploitation du droit de copie : 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris. Tél. 01 44 07 47 70.

Tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction par tous procédés, réservés pour tous pays.

Toute reproduction ou représentation intégrale ou partielle, par quelque procédé que ce soit, des pages publiées dans le présent ouvrage, faite sans l'autorisation de l'éditeur est illicite et constitue une contrefaçon. Seules sont autorisées, d'une part, les reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective et, d'autre part, les courtes citations justifiées par le caractère scientifique ou d'information de l'œuvre dans laquelle elles sont incorporées (art. L. 122-4, L. 122-5 et L. 335-2 du Code de la propriété intellectuelle).

© 2010, Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.  
ISBN : 978-2-294-71012-4

---

Elsevier Masson SAS, 62, rue Camille-Desmoulins, 92442 Issy-les-Moulineaux cedex  
[www.elsevier-masson.fr](http://www.elsevier-masson.fr)

## LISTE DES AUTEURS

**Annick Cartron** est maître de conférences en psychologie du développement de l'enfant et de l'adolescent à l'Institut de psychologie de l'université Paris-Descartes. Elle est membre associé du Laboratoire de psychologie clinique et de psychopathologie et travaille tout particulièrement sur l'acquisition et le développement des compétences sociales.

**Pierre G. Coslin** est professeur de psychologie de l'adolescent à l'université Paris-Descartes, membre associé du Laboratoire de psychologie clinique et de psychopathologie. Ses travaux portent essentiellement sur les conduites à risque, la déscolarisation, les violences familiales et l'enfance en danger.

**Henriette Englander** est maître de conférences en psychologie au Département carrières sociales de l'IUT de Bobigny, université Paris XIII. Ses thèmes de recherche concernent les facteurs de résilience dans les situations extrêmes ainsi que la réanimation du potentiel d'apprentissage grâce à l'application du Programme d'enrichissement instrumental de Feuerstein.

**Jocelyne Hansen** est psychologue scolaire, doctorante à l'université Paris-Descartes sous la direction du Professeur Pierre G. Coslin. Ses recherches portent essentiellement sur l'estime de soi chez les enfants et adolescents obèses.

**Gilles Legrand** est psychologue du développement, ancien chef d'établissements secondaires. Il est actuellement formateur à l'Institut supérieur de pédagogie de l'Institut catholique de Paris. Son domaine de compétences porte sur la psychologie appliquée à la relation avec des adolescents.

**Brigitte Tison** est docteur en psychologie, psychologue clinicienne en service de pédopsychiatrie, post-doctorante au Laboratoire de psychologie clinique et de psychopathologie de l'université Paris-Descartes, ancienne écoutante psychologue à Allô enfance en danger, membre de la Commission nationale de déontologie et d'éthique.

**Elena Myasoedova** est docteur en médecine et psychologue du développement. Elle a participé à cette étude dans le cadre de son master de psychologie du développement de la petite enfance à l'adolescence sous la direction du professeur Pierre G. Coslin.

**Yvane Wiart** est docteur en psychologie, psychologue de la santé, post-doctorante au Laboratoire de psychologie clinique et de psychopathologie de l'université Paris-Descartes. Spécialiste de la théorie de l'attachement, ses travaux portent sur le stress, la violence psychologique et leur impact sur la santé tant chez l'enfant que chez l'adulte.

# LISTE DES ABRÉVIATIONS

2CA-SH	certificat complémentaire pour les enseignements adaptés et la scolarisation des élèves en situation de handicap
ACM	analyse des correspondances multiples
ACP	analyse en composantes principales
AEMO	action éducative en milieu ouvert
ANESM	Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux
ANREP	Association des psychologues pour la recherche en clinique
AP	Assistance publique
APSAC	American Professional Society on the Abuse of Children
ASE	Aide sociale à l'enfance
CAPA-SH	certificat d'aptitude professionnelle pour les aides spécialisées, les enseignements adaptés et la scolarisation des élèves en situation de handicap
CAPSAIS	certificat d'aptitude aux actions pédagogiques spécialisées pour l'adaptation et l'intégration scolaire
CépiDc	Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès
CMP	consultation médicopsychologique
CNRS	Centre national de la recherche scientifique
DASES	Direction de l'action sociale, de l'enfance et de la santé
DDASS	Direction départementale des Affaires sanitaires et sociales
DEPS	Diplôme d'Etat de psychologie scolaire
DPJJ	Direction de la protection judiciaire de la jeunesse
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
GERPA	Groupe d'études et de recherches en psychologie de l'adolescent
IFOP	Institut français d'opinion publique
IUFM	Institut universitaire de formation des maîtres
IUT	Institut universitaire de technologie
MJVE	Mesure de la justification de la violence envers l'enfant
ODAS	Observatoire décentralisé de l'action sociale
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONED	Observatoire national de l'enfance en danger
OVEO	Observatoire des violences éducatives ordinaires
PJJ	Protection judiciaire de la jeunesse
PMI	Protection maternelle et infantile
RASED	Réseau d'aides spécialisées pour les élèves en difficulté
SNATED	Service national d'accueil téléphonique pour l'enfance en danger
SNATEM	Service national d'accueil téléphonique pour l'enfance maltraitée
STAPS	sciences et techniques des activités physiques

# INTRODUCTION

De nombreux travaux ont été publiés à ce jour à propos des enfants en danger. Il s'agit le plus souvent d'études visant à appréhender les facteurs explicatifs et les processus conduisant à la maltraitance au sein de la cellule familiale. Peu de travaux, en revanche, portent sur les professionnels exerçant dans le champ de l'enfance susceptible d'être maltraitée et sur les représentations qui sont les leurs, tant de l'enfance que des pratiques éducatives adéquates, de la négligence et de la violence. Or ces représentations sont susceptibles d'influencer leur attitude, leurs décisions et leur prise en charge de ces enfants.

## L'étude réalisée

Cet ouvrage présente une étude qui avait pour objet de mettre au jour les représentations de ces professionnels et de préciser les liens entre représentations et pratiques afin d'éclairer par des recommandations les programmes de formation des différents intervenants auprès de l'enfance en danger. Cette étude a déjà fait l'objet d'une journée scientifique (Coslin et al., 2008) et de deux communications numériques lors du colloque international de la Fédération française des psychologues et de la psychologie « Aux sources de la violence » (Wiart et Coslin, 2009 ; Coslin et Wiart, 2009). Elle a également fait l'objet d'un symposium lors des 4<sup>e</sup> Entretiens francophones de la psychologie (Coslin et al., 2010) et d'une communication lors du congrès de l'American Professional Society on the Abuse of Children (Wiart, 2010).

## L'équipe

L'équipe chargée de cette étude se composait d'enseignants-chercheurs universitaires, d'un ingénieur de recherche du Centre national de la recherche scientifique (CNRS) et de cinq psychologues. Elle était issue de l'équipe GERPA (Groupe d'études et de recherches en psychologie de l'adolescent) du Laboratoire de psychologie clinique et de psychopathologie de l'université Paris-Descartes. Elle a bénéficié du soutien financier de l'institut de Psychologie de cette université et d'une subvention de l'Observatoire national de l'enfance en danger (ONED). Elle adresse ses remerciements les plus vifs aux professeurs Paul Durning et Serban Ionescu, respectivement, à l'époque, directeur et président du Conseil scientifique de l'ONED, pour ce soutien sans lequel ces travaux n'auraient pu aboutir. Elle adresse également ses remerciements aux professeurs Jean Dumas de l'université de Genève et Jean-Pierre

Pourtois de l'université de Mons-Hainaut pour leur amical soutien. Elle remercie enfin tous ceux dont les travaux ont permis la mise en forme des questionnaires utilisés dans cette étude et plus particulièrement la professeure Andrée Fortin de l'université de Montréal.

Ont participé à l'équipe dirigée par le professeur Pierre G. Coslin, de l'université Paris-Descartes :

- Philippe Bonnet, ingénieur de recherche du CNRS, statisticien ;
- Annick Cartron, maître de conférences, université Paris-Descartes ;
- Hélène Chauchat, maître de conférences, université Paris-Descartes ;
- Henriette Englander, maître de conférences, Institut universitaire de technologie (IUT) de Bobigny ;
- Céline Giron, maître de conférences, Institut universitaire de formation des maîtres (IUFM) de Paris ;
- Jocelyne Hansen, psychologue scolaire ;
- Jocelyne Joureau-Coslin, psychologue clinicienne ;
- Ahmed Mohamed, docteur en sciences de l'éducation, psychologue ;
- Brigitte Tison, docteur en psychologie, anthropologue et psychologue ;
- Yvane Wiart, docteur en psychologie, psychologue de la santé.

Ont également collaboré à cette étude pour la conduite des actions sur le terrain :

- Gilles Legrand, chef d'établissement, psychologue du développement ;
- Émilie Maurel, psychologue du développement ;
- Elena Myasoedova, docteur en médecine, psychologue ;
- Alexandre Peyre, psychologue du développement.

## Brève présentation de l'étude

De nombreux professionnels ont à intervenir auprès de l'enfance en danger. Tout d'abord ceux qui sont susceptibles de rencontrer les enfants en souffrance : leurs enseignants, les assistants des services sociaux, les médecins et les psychologues. Puis ceux qui peuvent être appelés par les enfants eux-mêmes, par ceux qui sont témoins de maltraitance, voire par des parents qui se sentent inexorablement entraînés sur le chemin de la violence envers leurs enfants : les écoutants de téléphonie médico-sociale. Il y a ceux qui sont appelés à intervenir : les policiers et les gendarmes ; ceux, enfin, qui ont à traiter des affaires au plan judiciaire : les magistrats. C'est-à-dire tous ceux qui sont susceptibles de détecter ou d'avoir à intervenir sur des cas de maltraitance, réservant à des études ultérieures la prise en compte de ceux qui en assurent le suivi, tels les éducateurs.

Les représentations auxquelles la plupart de ces professionnels ont recours face à la maltraitance relèvent de théories dites implicites,

---

c'est-à-dire de théories qui ne donnent pas lieu à une présentation formelle et qui sont dictées par l'expérience et les informations acquises à propos de tel ou tel type de vécu. Pourtois et Desmet (2004) ont par ailleurs montré que ces professionnels associaient la bientraitance à la satisfaction de besoins psychosociaux de l'enfant, aux composantes affectives, cognitives et sociales.

Ces représentations peuvent les conduire à interpréter paradoxalement les situations qu'ils rencontrent. Elles peuvent influencer leurs réactions face à l'enfance en danger, en particulier lorsqu'il s'agit de leur conception et de leurs éventuelles justifications à propos de la violence envers l'enfant. Les « justifications » de la violence à l'égard des enfants peuvent ainsi conduire certains à excuser l'usage de la force et de toutes sortes de contraintes et punitions, à les rendre « acceptables », voire à rendre l'enfant en partie responsable des violences qu'il subit. Cette responsabilité supposée se fonde, comme l'a montré Andrée Fortin (1995), sur des mythes dénigrant l'enfant, des croyances religieuses et/ou éducatives légitimant la violence parentale et une conception limitée de la violence.

Mais la maltraitance concerne également l'insatisfaction des besoins psychologiques de l'enfant, les exigences parentales dont le poids excède les capacités infantiles et les pratiques éducatives déviées par le laxisme ou l'autoritarisme, génératrices de grandes souffrances psychiques. Il est donc essentiel de s'intéresser non seulement à la conception qu'ont les professionnels de la violence à enfants, mais aussi à leurs représentations de ce qui est « bon » en matière d'éducation, de ce qui caractérise un enfant « bien élevé » et de ce qu'il en résulte en matière de « bonne éducation ». Il s'avère nécessaire de s'interroger sur le poids de ces représentations, de ces théories implicites et de ce qui les fonde dans la manière dont ces professionnels vont prendre en charge les situations auxquelles ils sont confrontés. S'agit-il de leurs acquis dans les formations professionnelles, des expériences qui leur sont propres, de leur histoire personnelle ? Éprouvent-ils des doutes, des manques face aux situations qu'ils rencontrent ? Leurs connaissances sont-elles suffisantes pour traiter au mieux les situations ? Ces connaissances ne sont-elles pas parfois empreintes de « méconnaissance » ? Que ressentent en fait ces professionnels face aux enfants en danger ? Comment réagissent-ils ?

Cette étude a été effectuée auprès de six catégories de ces professionnels confrontés à des situations d'enfants en danger : les travailleurs sociaux, les écoutants de téléphonie médico-sociale, les professeurs des écoles, les médecins, les gendarmes et les psychologues. Ces professionnels ont participé à des entretiens et répondu à des questionnaires, dont la MJVE (Mesure de la justification de la violence envers l'enfant) [Fortin, 1995 ; Fortin et Lachance, 1996], un questionnaire sur les

traits de caractère attendus et privilégiés chez l'enfant, un questionnaire sur les pratiques éducatives et un questionnaire sur les comportements parentaux valorisés.

Les trois premiers chapitres de cet ouvrage portent sur la recension des travaux qui permettent de fonder notre problématique : « L'enfance en danger » présentée par Brigitte Tison, « Les théories implicites relatives à l'enfant, sa bientraitance et sa maltraitance » abordées par Annick Cartron et la « Conception et justification de la violence envers les enfants » exposée par Pierre G. Coslin, qui traite également dans un quatrième chapitre de « L'étude réalisée ». Cinq chapitres s'adonnent ensuite à l'étude qualitative réalisée par entretiens semi-directifs auprès de cinq des six catégories de professionnels rencontrés, les gendarmes n'ayant pas participé à cette partie de l'enquête : les écouteurs de téléphonie médico-sociale (Brigitte Tison), les professeurs des écoles (Gilles Legrand), les médecins (Jocelyne Hansen et Elena Myasoedova), les psychologues (Jocelyne Hansen) et les assistants de service social (Henriette Englander). Deux chapitres dus à Yvane Wiart portent sur l'analyse des résultats quantitatifs : « Violences physiques, violences psychiques : tolérance et justification » et « Représentation de l'enfant et des pratiques éducatives ». Un douzième et dernier chapitre écrit par Yvane Wiart et Pierre G. Coslin porte sur la synthèse de l'ensemble des données (entretiens et questionnaires) : « Violence physique, violence psychique : connaissances explicites ou représentations liées au passé ? », précédant les conclusions posées par Pierre G. Coslin et Brigitte Tison en termes de recommandations.

## Quelles maltraitances ?

Dans le domaine de la maltraitance où les mesures administratives se mêlent aux interventions judiciaires, les statistiques sont souvent difficiles à établir. Afin de clarifier le débat, l'Observatoire décentralisé de l'action sociale (ODAS) a publié en 1994 un guide précisant les définitions d'enfance « maltraitée », « en risque » et « en danger » :

- un *enfant maltraité* a été victime de violences physiques ou psychologiques, d'abus sexuels ou de négligences lourdes ;
- un *enfant en risque* connaît des « conditions d'existence qui risquent de compromettre sa santé, sa sécurité, sa moralité, son éducation ou son entretien » ;
- tous sont considérés comme des *enfants en danger*.

Selon le rapport de l'ODAS du 3 novembre 2005, la maltraitance des enfants est en hausse sensible, le nombre d'enfants maltraités passant de 18 000 à 19 000 entre 2003 et 2004 et le nombre d'enfants « en risque » de 71 000 à 76 000. De plus, ces faits correspondent à des cas connus et laissent de côté la part importante d'affaires non signalées

---

aux services sociaux et judiciaires. La prise en charge des enfants maltraités ne concerne ainsi qu'une partie des jeunes victimes.

Les formes de maltraitance sont multiples, mais toutes ont en commun d'être susceptibles, par leur violence ou leur répétition, de retentir sur la santé des enfants, nuisant gravement à leur développement physique et psychologique. On distingue habituellement les violences physiques, les négligences et carences de soin, les abus sexuels et les violences psychologiques. Si les premières sont reconnues depuis assez longtemps, les carences et les abus sexuels l'ont été beaucoup plus récemment.

Les violences physiques peuvent prendre diverses formes : cheveux arrachés, coups et blessures, brûlures et morsures, tant au niveau du visage que des membres ou de l'ensemble du corps, provoquant hématomes, lésions et fractures.

Les négligences et carences concernent les enfants insuffisamment nourris ou souffrant de carences en fer, en iodé, en calcium, etc., les enfants à l'hygiène corporelle déficiente, subissant le tabagisme ou l'alcoolisme des parents, leur consommation de drogues. Il s'agit également d'enfants en manque de sommeil, délaissés par leurs parents, soumis à des pratiques sectaires ou non médicalement suivis, etc. Et surtout, bien entendu, des carences affectives associées en particulier aux troubles relationnels entre la mère et son bébé et à toutes ces stimulations nécessaires au bien-être dont l'absence ou même l'insuffisance sont néfastes pour l'enfant.

Les abus sexuels incluent les relations physiques à caractère sexuel, pour tout mineur de moins de 15 ans, par un ascendant, par une personne ayant autorité sur lui, par plusieurs auteurs ou sous la menace d'une arme, pour tout acte de pénétration sexuelle, quelle qu'en soit la nature, commis par violence, contrainte, menace ou surprise, mais aussi les appels téléphoniques obscènes, les outrages à la pudeur, l'exhibitionnisme, le voyeurisme, l'incitation à la prostitution ou à la participation à des spectacles pornographiques.

Il semble enfin que les enfants souffrant de violences psychologiques soient nombreux mais bien souvent ignorés en vertu des représentations que les gens et les professionnels ont de la maltraitance. On peut dire que notre culture réduit trop souvent le fléau de la maltraitance aux atteintes physiques graves et intentionnelles. La maltraitance qui ne laisse pas de traces, celle qui est d'ordre psychologique ou affectif est encore trop souvent absente des représentations sociales. Or, ces violences psychologiques et affectives sont graves. Elles créent un état de peur chez l'enfant et occasionnent des blessures émotionnelles. Difficiles à définir tout autant qu'à détecter, elles sont souvent répétitives, s'aggravant avec le temps. Elles nuisent au développement psychologique comme au développement social.

Six formes de maltraitance psychologique ont été isolées en 1995 par l'American Professional Society on the Abuse of Children :

- le rejet actif traduisant une non-reconnaissance de la légitimité des besoins et des demandes de l'enfant ;
- le dénigrement (souvent associé au rejet) visant à déprécier et à dévaloriser l'enfant ;
- le terrorisme lié à la création d'un climat menaçant, hostile ou imprévisible ;
- l'isolement-confinement coupant l'enfant de ses contacts sociaux habituels en l'amenant à croire qu'il n'a personne sur qui compter en dehors de ceux qui le maltraitent ;
- l'indifférence face aux demandes affectives de l'enfant ;
- l'exploitation ou encore la corruption valorisant les comportements antisociaux et déviants chez l'enfant.

Les séquelles en résultant peuvent être aussi sévères que celles laissées par la violence physique : attachement insécurisé, compétences sociales et scolaires dégradées, faible capacité cognitive, voire dépression. Elles conduisent à des enfants, puis des adultes dépendants, se mésestimant et émotionnellement instables ou passifs.

Il est vrai cependant que les choses évoluent, comme le montre une étude réalisée par l'Institut français d'opinion publique (IFOP) en juin 2008 pour la revue *Sélection du Reader's Digest*<sup>1</sup> cherchant à déterminer quels sont, en France, les actes constituant le premier pas dans la violence envers son enfant. Un quart des personnes interrogées citent prioritairement les insultes, puis 23 % les coups, 20 % l'indifférence et 15 % les cris, alors qu'elles ne sont que 11 % à évoquer les gifles et 6 % les fessées. Ce sont donc les éléments verbaux et symboliques qui sont avancés ici, bien avant la violence physique.

Les Français sont plus partagés quant aux motivations à l'origine des violences : pour 32 % d'entre eux, le parent est poussé à bout, pour 31 %, c'est un malade qui a besoin de soins, pour 16 %, une personne qui veut affirmer son autorité, pour 11 %, quelqu'un sous l'emprise de l'alcool et pour 9 % un délinquant qu'il faut poursuivre en justice. Les hommes caractérisent davantage les parents violents comme des personnes poussées à bout (35 % contre 29 % des femmes), alors que les femmes mettent plutôt l'accent sur l'aspect pathologique (34 % contre 26 %).

Trois Français sur quatre jugent enfin inacceptables les actes de violence commis à l'encontre d'un enfant, mais un quart estiment ces gestes acceptables s'ils sont exceptionnels (14 %) ou s'il s'agit de violences légères (12 %). Face à un cas d'enfant victime de violences, 86 % se disent prêts à intervenir en alertant la police ou les services de protection de l'enfance, 11 % seulement ne le faisant pas (5 % par indifférence, 4 % par peur des conséquences et 2 % n'osant pas).

---

1. <http://www.ifop.com/media/poll/violenceenfants.pdf> : échantillon (méthode des quotas) de 954 personnes âgées de plus de 18 ans interviewées par téléphone.

## De la punition à la maltraitance

Il n'en est pas moins vrai que la violence, « c'est souvent l'affaire des autres ». On oublie alors les violences éducatives ordinaires. Or, elles existent. Comme le remarque Olivier Maurel, fondateur de l'Observatoire des violences éducatives ordinaires (OVEO), dans une perspective voisine de celle d'Alice Miller, la plupart des gens trouvent « normal » de frapper les enfants pour les faire obéir, enfants qui, dans presque tous les pays, constituent la seule catégorie d'êtres humains qu'il soit permis de frapper légalement, alors qu'ils sont les êtres les plus vulnérables, ceux sur qui la violence peut avoir les conséquences les plus graves. Dans les sociétés anciennes, ajoute-t-il, on avait également le droit de battre les esclaves, les domestiques, les soldats, les marins et les prisonniers, voire... les femmes. De nos jours, dans presque tous les pays, seuls les enfants peuvent encore légalement être battus. Et Maurel d'ajouter que cette anomalie ne nous apparaît pas comme telle parce que nous avons presque tous subi à des degrés divers de telles violences éducatives. La plupart des adultes n'ont-ils pas, dans leur enfance, acquis sous les coups la conviction que la violence est le privilège normal des parents ? Cette indifférence à l'égard de la violence éducative n'en a pas moins pour corollaire la sous-estimation de ses effets et l'ignorance du degré d'intensité qu'elle revêt dans de nombreux pays, ainsi que des dangers que présentent ses manifestations.

Où commence en effet la violence ? Au-delà de la « maltraitance » caractérisée, les punitions revendiquées par bon nombre de parents ne sont-elles pas à proscrire ? C'est ainsi qu'Edwige Antier, député et pédiatre, a annoncé le 15 novembre 2009 qu'elle allait déposer une proposition de loi visant à interdire les châtiments corporels, dont la fessée, jugeant la France « à la traîne de nombreux pays européens », et rejoignant en cela Dominique Versini, la Défenseure des enfants, qui présentait en février 2009 devant le Comité des droits de l'enfant des Nations unies à Genève un rapport en vue de l'adoption d'une loi interdisant tous les châtiments corporels dans l'éducation des enfants, préconisant cette loi « parce que la France n'a pas mis en place une véritable politique d'accompagnement des parents dans leur parentalité. À un moment où on ne cesse de reprocher aux jeunes leur violence et où on se pose tout un tas de questions sur la meilleure éducation à leur donner, [elle] pense qu'il faut rejoindre le conseil de l'Europe, qui demande à tous d'aller vers une éducation sans violence : apprendre en tant que parent à avoir de l'autorité, sans forcément recourir à la violence. On peut s'imposer sans frapper. On va faire une loi sur la justice des mineurs... mais quel exemple peut-on donner à des jeunes à qui on reproche parfois d'utiliser la violence pour régler les problèmes, quand chez vous on règle le problème en vous cognant dessus ? ».

Et la Défenseure des enfants de rappeler qu'« il y a des jeunes qui reçoivent, au-delà des fessées, de véritables coups, qui ont une éducation très traditionnelle, avec des manifestations de violence de la part des parents. [Elle dit être allée] dans certaines régions, [...] où les enfants ont encore une éducation extrêmement traditionnelle, avec l'utilisation de violences dans l'éducation de l'enfant. Mais il y en a aussi en métropole, tout près de nous ; ne nous voilons pas la face. Il faut mettre en place des campagnes de sensibilisation. En Suède, ils ont mis en place dans toutes les mairies des groupes de parents, permettant à ceux-ci d'apprendre à gérer leur autorité. Parce que c'est vrai que parfois, à bout de nerfs, certains parents lancent une claque, c'est spontané, ce n'est pas un phénomène de violence. Mais quand ce sont des coups tous les jours, ça a vraiment des conséquences graves sur l'enfant<sup>2</sup> ».

Loin de corriger ou d'éduquer l'« enfant roi », explique Antier, frapper un enfant ne contribue qu'à banaliser la violence et à le rendre plus « sournois, agressif et menteur », ayant constaté après 38 années d'exercice de la pédiatrie que les enfants que l'on n'avait jamais battus étaient « les mieux élevés et les plus à l'écoute des adultes ». Pour elle, donner une fessée à un enfant, c'est lui laisser entendre « qu'un conflit peut se résoudre par la violence » et « que le fort a le droit de frapper le faible ». « Quand on tape, on a déjà perdu son autorité ! [...] Quand l'enfant provoque, que [le parent est] fatigué, mieux vaut une exclusion tranquille [qui] l'envoie calmement dans sa chambre [...]. Une fois calmés, on pourra discuter », conseille-t-elle aux parents.

Dès 2008, le Conseil de l'Europe a d'ailleurs appelé ses États membres à interdire la fessée, suivi en cela par 19 des 47 pays. À ce jour, plus d'un tiers des États du Conseil de l'Europe ont donc formellement interdit tout châtiment corporel. L'Europe n'est pas une exception, puisqu'au Québec, les lycéens suivent des cours de « parentalité » afin de se préparer à leur futur rôle de parents. Ces pays sont l'illustration qu'il existe des moyens positifs pour discipliner les enfants, sans pour autant recourir à des châtiments corporels<sup>3</sup>.

---

2. RMC.fr (5 février 2009).

3. De 1979 à 2009, vingt-cinq pays ont interdit toute forme de punition corporelle, dont vingt pays européens : la Suède (1979), la Finlande (1983), la Norvège (1987), l'Autriche (1989), Chypre (1994), le Danemark (1997), la Lettonie (1998), la Croatie (1999), la Bulgarie (2000), l'Allemagne (2000), Israël (2000), l'Islande (2003), l'Ukraine (2004), la Roumanie (2004), la Hongrie (2005), la Grèce (2006), les Pays-Bas (2007), la Nouvelle-Zélande (2007), le Portugal (2007), l'Uruguay (2007), le Venezuela (2007), l'Espagne (2007), le Costa-Rica (2008), la Moldavie (2008) et le Luxembourg (2009). Dans deux pays, la Belgique et l'Italie, la législation s'avère ambiguë. D'autres pays européens ont voté une loi d'abolition qui n'a pas été suivie de décrets d'application (source : OVEO décembre 2009, <http://www.oveo.org/>).

La Convention internationale des droits de l'enfant, ratifiée par la France, précisait d'ailleurs, dès 1989, que les enfants doivent être protégés contre toutes les formes de violence. L'association Ni claques ni fessées ne met pas moins en avant que « 85 % des enfants reçoivent en France des punitions corporelles qui pour 25 % d'entre elles sont d'une réelle violence » et argue d'un vide juridique qu'il serait temps de combler : la loi française sur les coups et blessures volontaires de juillet 1996 est quasiment impossible à interpréter pour des juges en cas de violence des parents sur leur enfant mineur, car les peines sont lourdes... Il s'avéreraient bien entendu aberrants d'envoyer des parents en prison pour avoir donné une fessée à leur enfant. Il faudrait donc ajouter, selon cette association, à l'article 371-1 du code civil qui concerne l'exercice de l'autorité parentale que cet exercice doit « exclure tout traitement cruel, dégradant ou humiliant, y compris le recours à toutes formes de punitions corporelles ». Cette législation devrait de plus être accompagnée d'une large information (affiches, tracts, brochures, émissions télévisées etc.) et d'une aide à la parentalité pendant la grossesse et après l'accouchement.

Pour Antier, l'interdiction de la fessée devrait ainsi être inscrite non dans le code pénal, mais dans le code civil. Il ne s'agit pas, précise-t-elle, d'envoyer les parents en prison ou de les menacer, mais de leur lire un article lors du mariage, afin de leur signifier que l'État pose une interdiction. Il faut faire connaître la loi pour changer les mentalités comme c'est le cas dans bon nombre de pays européens, tant du Nord que du Sud. Quand, en 1979, la Suède a interdit la fessée, 70 % des parents étaient opposés à cette interdiction. Aujourd'hui, ils ne sont plus que 10 %. On peut penser qu'il en serait ainsi en France, même si, actuellement, selon une enquête réalisée en 2007 par l'Union des familles en Europe, 87 % déclarent avoir déjà donné une fessée à leur enfant, plus de la moitié étant contre l'interdiction de cette punition.

## Les prises en charge

Il n'est donc pas sans intérêt de s'intéresser aux conditions de prise en charge de ces enfants en danger par les différents professionnels concernés, qu'il s'agisse de leur détection (enseignants, écoutants de téléphonie médico-sociale, médecins, psychologues, assistants des services sociaux) ou de leur protection (policiers et gendarmes, assistants des services sociaux).

Le 2 janvier 2004 a été créé l'ONED afin de parvenir à mieux coordonner l'action de l'État, des Conseils généraux et des associations de protection de l'enfance. Dans le cadre de sa mission consistant à « mieux connaître le champ de l'enfance en danger pour mieux prévenir et mieux traiter », cet observatoire propose chaque année, dans son

rapport d'activités, une estimation actualisée du nombre d'enfants en danger, bénéficiant de mesures en protection de l'enfance, déterminées à partir des sources de données existantes (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [DREES] et Direction de la protection judiciaire de la jeunesse [DPJJ]). Selon ce rapport, établi pour l'année 2008, le nombre d'enfants de moins de 18 ans ayant bénéficié d'au moins une mesure serait, fin 2006, de 265 913 pour la France entière, dont 256 442 en métropole, ce qui représente 1,88 % des moins de 18 ans. Ce pourcentage a augmenté de près de 4 % au cours de l'année 2006, augmentation quasiment identique à celle observée en 2004, alors qu'elle n'atteignait pas 1 % en 2005. Il n'en est pas moins vrai qu'il existe une grande disparité régionale : si le taux de prise en charge des mineurs s'élève à 1,88 % au niveau national, il varie de 1,5 à 2,8 % selon les régions.

Si l'on considère l'évolution depuis 2003, on observe trois grandes tendances à propos de la prise en charge des mineurs : une croissance annuelle de l'ordre de 2,7 % de la proportion d'enfants bénéficiant d'au moins une mesure, une augmentation nettement plus importante en ce qui concerne le milieu ouvert (2,1 %) qu'en ce qui touche aux mesures d'accueil (0,6 %) et une baisse du nombre de doubles prises en charge qui concernait plus de 7 % des enfants en 2003, mais moins de 4 % en 2006.

Il est vrai, comme le signale le rapport de l'ONED, que la fragilité de ces chiffres issus de différentes sources ne permet pas vraiment de conclure à une tendance pluriannuelle de l'augmentation, qui ne pourra être affirmée que si elle perdure dans les années à venir. De plus, comme nous l'avons déjà signalé, ces chiffres ne sont pas sans masquer un « *chiffre noir* », l'enfance en danger ne s'arrêtant pas aux enfants repérés comme tels, nombre de situations échappant aux services compétents en protection de l'enfance (ONED, 2008).

Des enquêtes ont été effectuées par l'ODAS afin de préciser quels étaient les critères conduisant les travailleurs sociaux à intervenir. La notion de « risque » a pu être précisée, les travailleurs sociaux devant expliquer ce qui, dans la vie de l'enfant, constituait un danger, lorsqu'ils font un signalement aux conseils généraux.

La *précarité économique* semble un facteur de risque minoritaire, ne concernant que 13 % des situations signalées. Il en est de même pour les *troubles psychopathologiques des parents*, leur *dépendance à l'alcool ou à la drogue* (13 %).

Le *déficit relationnel entre parents et enfants*, les *conflits de couple*, les *séparations entre les familles et leur environnement*, les *carences éducatives*, elles-mêmes en relation avec l'*immaturité des parents*, leur *absence de repères* et le *repli sur soi*, mais aussi l'*isolement social* et la *monoparentalité* seraient en revanche bien souvent à l'origine de la

---

fragilisation des familles et de la dégradation de leurs comportements, le tout conduisant à la suspicion de maltraitance.

Il faut enfin noter la progression de la violence dans les relations sociales qui entraîne chez les professionnels le sentiment d'une société de plus en plus déstabilisée dans les règles élémentaires du vivre ensemble.

On voit que les critères de décision des différents intervenants peuvent être empreints de subjectivité et liés à leurs représentations de la société, mais surtout de l'enfant et de ce que peut être la violence faite aux enfants. C'est ainsi qu'aux États-Unis, face à la recrudescence des faits de violence envers les enfants, certains États avaient adopté dans les années 1990 des lois permettant aux services de protection de l'enfant de rejeter des rapports sans enquête approfondie ou d'établir des priorités entre les rapports.

## Nature humaine et théories implicites

On peut emprunter à Karen Horney (1951) trois conceptions contrastées de la nature humaine susceptibles d'influencer les théories implicites des intervenants professionnels concernant l'enfant et les pratiques éducatives jugées adéquates. L'adoption de l'une ou l'autre de ces conceptions conduit à privilégier un certain type de résultat par rapport à ce qu'on attend de l'enfant (les traits de caractère) et aux moyens d'y parvenir (les pratiques éducatives et les comportements parentaux valorisés) :

- soit l'enfant est perçu comme fondamentalement mauvais et doit, en conséquence, être strictement contrôlé, y compris par l'usage de la force, pour apprendre à se maîtriser ;
- soit il est partagé entre bon et mauvais, et le développement de la raison et de la volonté vont aider à ce que le positif l'emporte sur le négatif ;
- soit il est considéré comme essentiellement bon, et le but de l'éducation est de l'aider à développer harmonieusement son potentiel.

Cette étude cherche donc à mettre en évidence comment la formation initiale des intervenants se combine à leur histoire et à leur identité professionnelle pour induire leurs théories implicites, représentations qui influencerait à la fois leur conception et leurs éventuelles justifications de la violence, mais aussi les traits de caractère qu'ils attendent et privilégié chez l'enfant, les pratiques éducatives des parents qu'ils jugent adéquates et les comportements parentaux en relation avec les besoins psychosociaux des enfants qu'ils valorisent.

Elle vise ainsi à préciser de quelle nature sont les théories implicites de la violence chez ces différents professionnels, et cherche à voir si ces derniers limitent à la violence physique leur reconnaissance de la violence faite à l'enfant, ou tiennent également compte de la violence

psychique. Elle pose la question de la spécificité de l'influence des formations et expériences professionnelles de chaque catégorie d'intervenants sur leurs théories implicites, et, dans le cas contraire, vise à déterminer quelles seraient les caractéristiques qui moduleraient leurs représentations. En d'autres termes, cette étude cherche à mettre au jour dans quelle mesure les représentations de la bientraitance et de la maltraitance qu'ont ces professionnels peuvent influer sur leur prise en charge des situations, dans quelle mesure leurs connaissances ou leurs représentations liées à leur passé sont susceptibles d'influencer leurs décisions.

# CHAPITRE 1

## L'enfance en danger

Brigitte Tison

En quoi l'enfance peut-elle être en danger ? Où ? Quand ? Comment ? Pourquoi ? Quels sont les dangers qui la guettent ? Questions que tout un chacun peut se poser. Nous sommes en présence de deux concepts, l'enfance et le danger qui, lorsqu'on les réunit, sous-entendent tout ce dont ils sont porteurs et tout ce qu'ils représentent.

Nous commencerons par définir l'enfance et le danger et par préciser en quoi consiste cette enfance en danger. Puis nous ferons un rapide retour en arrière sur la représentation de l'enfant au cours de l'histoire, sur les dangers auxquels il a pu être exposé. Nous rappellerons brièvement les travaux et les recherches scientifiques qui ont fait évoluer considérablement cette représentation de l'enfant et qui ont montré en quoi les dangers pouvaient venir autant du « dedans », dangers familiaux, dangers intra-familiaux (relations au sein de la dyade mère-enfant), que du « dehors », dangers extrafamiliaux (toutes les violences exercées par un tiers quel qu'il soit). Nous nous intéresserons ensuite à la place des différents acteurs de l'éducation, du soin en passant par ceux de la protection de l'enfance et de l'appareil judiciaire, pour voir que les situations de danger ne sont pas éliminées du contexte actuel. Nous évoquerons certaines représentations chez les professionnels qui peuvent, pour des raisons apparemment tout à fait acceptables, masquer de réels dangers pour l'enfant. Berger a pu montrer en 2005 comment le maintien du lien entre la mère et l'enfant pouvait constituer un réel obstacle au développement de ce dernier.

### Deux concepts associés difficiles à définir

Le concept de l'enfance (du latin *infantia*) correspond à la période de la vie humaine qui va de la naissance à la puberté et est lié au développement de l'individu, qui commence dès sa venue au monde.

Le concept de danger va puiser dans l'évolution des sciences humaines et surtout du substantif masculin « danger ». D'abord, il existe le mot *dangier* issu du bas latin *dominariū* puis *domnariū*, pouvoir, dérivé de *dominus*, maître, seigneur (*dom*, *domino*). Le mot aurait été employé en Gaule du nord pour *dominium*, « propriété, droit de propriété », d'où « domination, puissance » et « droit », de même origine. Le vocalisme initial du français est peut-être dû à l'influence de *dam*, l'ancien français attestant aussi la forme étymologique *dangier*. Danger a donné *dangereux(euse)*, adjectif qui paraît dès les débuts du XIII<sup>e</sup> siècle, le latin médiéval attestant *dangerosa*. Le sens du mot dans les premières transcriptions n'est pas clair : (« faible » ?, « qui agit inconsidérément ») ; du sens de « difficile », il est passé au sens moderne de « périlleux », probablement en même temps que « dangereux ». L'adverbe « *dangereusement* » (1538) prend son sens actuel et le terme didactique « *dangerosité* » est d'abord employé en psychologie en 1963, puis en général pour exprimer le « caractère dangereux ».

Le terme exact pour signifier une *dangerosité* potentielle est plutôt la menace ou le risque selon les nuances à souligner. Nous évoquons par là 900 ans d'évolution sociale entre danger et *dangerosité*. Dans le dictionnaire *Larousse*, le danger est considéré comme une situation où l'on a à redouter un mal quelconque : affronter un danger. Il peut aussi avoir comme signification : la personne qui, par son insouciance, met les autres en danger. Le *Petit Robert* donne comme explication « ce qui menace l'existence d'une personne ou d'une chose et entraîne un risque ». Le concept de danger est donc large, comme on peut le constater. Associé au concept de l'enfance, il sous-entend tout autant la prévention, le soin, l'accompagnement, le jugement... L'enfance en danger interpelle tous les professionnels de l'action sociale, médicale, éducative, judiciaire.

L'institution judiciaire en vertu de l'article 375 du code civil a défini l'enfance en danger comme suit : « Si la santé, la sécurité ou la moralité d'un mineur non émancipé sont en danger ou si les conditions de son éducation sont gravement compromises, des mesures d'assistance éducative peuvent être ordonnées par la justice... ». L'Observatoire décentralisé de l'action sociale (ODAS) utilise l'expression « enfance en danger » dans un sens plus général renvoyant à son étymologie. Pour l'ODAS, les « enfants en danger » regroupent à la fois les « enfants maltraités » et les « enfants en risque ». C'est dans ce même esprit que le législateur a créé l'Observatoire national de l'enfance en danger (ONED), précisant lors d'un amendement que le terme « enfance en danger » était plus large que celui d'*« enfance maltraitée »* qui figurait dans le projet initial. À titre provisoire, l'ONED a proposé une définition pragmatique et opérationnelle de l'expression « enfance en danger ». L'Observatoire considère comme en danger les enfants

bénéficiant d'une mesure d'assistance éducative (action éducative en milieu ouvert [AEMO] ou placement) ou de protection administrative (aide éducative à domicile, placement et formule mixte en émergence) et/ou les enfants maltraités dans le cadre de l'autorité parentale (loi du 10 juillet 1989).

On voit combien la notion de danger concernant l'enfance est difficile à cerner, ce que le juge des enfants Michel Huyette rapporte dans son *Guide de la protection juridique des enfants* (1999).

## La place et le sort de l'enfant dans la société

D'adulte en miniature ou « d'objet » facile à utiliser ou à manipuler, l'enfant est devenu sujet de relation, sujet de droit. Cette nouvelle place qu'il a acquise ainsi que la reconnaissance d'être considéré comme une personne laissent présager une diminution des violences en tous genres qui peuvent être commises à son égard, ainsi que des dangers qu'il doit affronter de ce fait par le changement de comportement des adultes. Une étude menée en 1979, en Suède, après l'abolition des châtiments corporels sur les enfants, a montré une réduction des tentatives de suicide et de viol commis par ceux-là même. Autrement dit, la fin des violences à enfants aurait pour conséquence la fin des violences des enfants par réaction.

## L'évolution du statut de l'enfant à travers l'histoire

Un bref récapitulatif de l'histoire des violences à enfants nous montre que les coups ont toujours été appréciés pour leurs vertus éducatives. À Rome, déjà, le père qui a droit de vie et de mort sur ses enfants les élève à l'aide de châtiments corporels dès qu'ils sont en âge de comprendre. À l'école, le maître utilise la férule (palette de bois ou de cuir) pour corriger les enfants. Quant aux juges, leurs condamnations sont multiples et variées : pendaison, crucifixion, noyade, précipitation, emmurement, immolation. À Byzance, l'autorité paternelle règne seule sur les enfants. Le père punit et pardonne comme bon lui semble. Il peut louer les services de ses enfants ou les vendre. Chez les Francs, l'enfant est considéré comme un adulte en miniature (voir la peinture et la littérature d'époque). Il partage les mêmes travaux des champs que les adultes. Il est utilisé comme une marchandise.

Pendant la période du Moyen Âge, on observe un adoucissement des mœurs. La parole remplace parfois les coups. Cet adoucissement ne dure pas et aux périodes suivantes (xve et xvi<sup>e</sup> siècles), les peines corporelles reprennent en force. Le fouet fait son apparition. Dès l'âge de 5 ans, on peut porter une épée. Ce n'est qu'à partir du xvii<sup>e</sup> siècle qu'on commence à voir l'enfant. Dans son étude de 1960, Ariès décrit l'apparition d'un sentiment nouveau à son égard. On attribue alors à

l'enfant une spécificité jusque-là négligée. Le sentiment familial s'organise autour de lui. Ce sentiment de « mignotage » existait déjà chez les mères et les nourrices. Quand il devenait excessif et empêchait les apprentissages de la lecture et de l'écriture (les deux *bacillus*, bâtons de l'éducation), on traitait l'enfant « d'*imbecillus* ».

Le sentiment moderne de l'enfance va pénétrer dès lors toute la société, toutes les classes sociales et les principes éducatifs sous l'influence de l'Église, des moralistes, des médecins et des pédagogues. L'intérêt pour l'enfant ne se porte plus seulement vers ses amusements mais vers sa personnalité. L'enfant est désormais considéré comme un être transitoire qu'il faut pétrir au mieux. La correction paternelle ne disparaît pas pour autant. Elle reste largement en vigueur au début du XIX<sup>e</sup> siècle. Rousseau, dans la seconde moitié du XIX<sup>e</sup> siècle, va regarder l'enfant comme une personne ayant toute sa valeur propre et ses potentialités. Il est d'une certaine manière le précurseur de la psychologie de l'enfant. En 1904, le concept d'autorité paternelle remplace celui de *pater familias*. En 1934, la correction paternelle, ce droit de faire quasiment emprisonner son enfant qui était de fait tombé en désuétude depuis plusieurs dizaines d'années, est interdite. Ce n'est qu'après la Deuxième Guerre mondiale et grâce à de nombreux travaux de scientifiques (psychiatres, psychologues, ethnologues) que l'enfant va être définitivement vu comme une personne. L'historien anglais Shorter a relaté l'insouciance des mères dans les classes populaires à l'égard des nouveau-nés. Les conditions matérielles – hygiène, maladies, placements – jusqu'à la seconde moitié du XX<sup>e</sup> siècle expliquent en partie ces comportements. L'enfant compte peu à des périodes où la mort est partout présente. Cette indifférence permet d'ailleurs de supporter les deuils. À la différence de la France où, dès 1889, les châtiments corporels sont fortement déconseillés à l'école, il faut attendre 1986 et 1999 pour qu'ils soient interdits en Grande-Bretagne dans les écoles publiques, puis privées. C'est Bernard Shaw qui a pu écrire « épargner le bâton à l'enfant, c'est le pourrir ». En France, on connaît l'adage « qui aime bien, châtie bien ».

Ce rapide survol de l'histoire des relations adultes-enfants ne peut laisser de côté l'évocation de certaines formes d'expression de violences qui ont, elles aussi, marqué ces relations. Il s'agit de l'infanticide, de l'abandon et du travail des enfants. L'infanticide a été pratiqué dans toutes les civilisations pour des raisons démographiques, religieuses, économiques. Il se commet soit directement par noyade ou broyade, soit indirectement par l'exposition de l'enfant dans un lieu de passage où il peut être recueilli. Ce sont les dieux qui décident. Il s'agit d'un pseudo-meurtre qui camoufle le désir de mort sur l'enfant et évite la culpabilité. Les nouveau-nés handicapés, anormaux sont supprimés. Au XVII<sup>e</sup> siècle, l'évêque d'Arras interdit aux parents, aux nourrices

de dormir avec les nouveau-nés pour éviter les étouffements. À la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, les infanticides sont nombreux et Simon (1869) a pu écrire : « Il y a une épidémie d'infanticides qui nous coûte plus cher chaque année qu'une bataille perdue et contre laquelle il faut réagir par la morale. » Les matrones seront longtemps considérées comme des faiseuses d'anges. La misère, les relations illégitimes sont le plus souvent à l'origine de ces meurtres. Le sexe de l'enfant, également : une fillette est moins désirée qu'un garçon.

L'abandon des enfants semble aussi avoir toujours existé. Il a été sévèrement puni, puis considéré comme un moindre mal comparé à l'infanticide. L'Église prend sous sa protection les enfants abandonnés dans ses institutions de charité (création en 1638 de l'hôpital des enfants trouvés par saint Vincent de Paul). Le nombre d'abandons d'enfants va croissant. Ces enfants abandonnés meurent comme des mouches.

## Les premières interventions des pouvoirs publics

En 1863, un médecin légiste fait le premier diagnostic clinique d'un enfant maltraité. Il faut attendre la fin du XIX<sup>e</sup> siècle (1857 : rapport du préfet du Rhône Gasparin) pour que l'État commence à se préoccuper des abandons et mette en place une aide aux mères nécessiteuses (1869), crée des orphelinats et des centres d'apprentissage. Il est vrai qu'à partir de 9 ou 10 ans, les enfants abandonnés représentent une précieuse main-d'œuvre, gratuite, à peu près infatigable, l'estomac à toute épreuve, dure au froid et au chaud, sommairement logée, battue autant qu'on le veut. Au XIX<sup>e</sup> siècle, le travail de l'enfant va être rémunéré et il sera étendu à l'industrie textile et aux mines de fer et de charbon (on pourra y voir des bambins de 4 ou 5 ans).

En 1889, la première loi, la loi Roussel, est promulguée pour protéger les enfants. En 1912, la notion de droit de l'enfant fait son apparition pour la première fois. Au début du XX<sup>e</sup> siècle, l'Assistance publique (AP) est fondée, et ce n'est qu'en 1953 que l'Aide sociale à l'enfance (ASE) est mise en place.

## Les violences modernes : des situations de danger toujours existantes

Ces formes d'expression de violences à enfants existent toujours dans certaines sociétés. L'infanticide y demeure une pratique courante. La dot que la famille va devoir constituer pour une fille est une charge très lourde pour des ménages qui vivent misérablement et ils préfèrent sacrifier la fillette à la naissance. L'abandon dans les pays en guerre, dans ceux où sévissent encore des famines, le travail des enfants qui participent aux mêmes tâches que des adultes (ateliers de confection,

fabriques de tapis) dans ces mêmes pays, la prostitution sont aussi des pratiques courantes.

Mais si les guerres, les conflits en tous genres, les famines, les épidémies, les catastrophes naturelles perdurent un peu partout, entraînant avec eux le lot de violences qu'on connaît bien, à côté, de profondes mutations se sont opérées. Bien des changements économiques, politiques, sociologiques ont eu lieu ces 50 dernières années. Au niveau économique, la planète est devenue un « immense village ». On commence à parler d'ordre économique mondial. Les moyens de communication se sont fortement développés. On est passé d'une économie quasi rurale à une économie de marché, informatisée, robotisée. Les mentalités ont dû s'adapter et, là aussi, les mentalités rurales sont quasiment devenues des mentalités urbaines. Au niveau sociologique, il y a eu passage d'une société monoethnique à une société pluriethnique : brassage de langues, de cultures, de religions. Des répercussions au niveau du tissu social de base ont eu lieu. La notion de famille a aussi été fortement secouée. La famille élargie s'est réduite à la famille nucléaire puis à la famille monoparentale, décomposée ou recomposée. Les rôles masculin-féminin ont également changé. Le pouvoir de protection de la mère a été renforcé. La femme a le droit de disposer de son corps (contraception, avortement autorisé dans certaines situations...). Elle peut accéder à toutes les professions et bénéficier de l'autorité parentale partagée depuis 1972. Tout cela a eu pour conséquence des modifications sur la place et le rôle du père. Nombreux sont les psychiatres qui ont mis en garde les adultes sur le rôle qu'ils avaient à jouer dans l'éducation des enfants, en particulier le père.

## Y a-t-il renversement des situations de danger ?

On peut repérer plusieurs formes contemporaines d'expression de violences chez les jeunes qui sont liées à tous ces changements. Les médias nous informent de toutes ces violences. Il se produit une interaction entre la violence réelle et la violence médiatique. Plusieurs recherches ont porté sur cette interaction. On est en droit de se demander dans quelle mesure il n'y a pas risque de banalisation de la violence.

Les violences urbaines sont commises par des individus de plus en plus jeunes (9–12 ans au lieu des 15–17 ans, il y a une trentaine d'années). Ces violences ont lieu sur des territoires définis, certaines zones de banlieue qu'on a pu désigner comme « zones de non-droit », là où il y a une forte concentration de population, où l'espace vital (insonorisation, dégradation) est limité, où sévissent le chômage, l'illettrisme, où les lieux d'échanges sont absents. Ces jeunes viennent de familles dissociées, décomposées, recomposées, hétérogènes, où la violence est parfois la seule communication possible, où bien souvent le père est

absent, voire la mère. Les jeunes de deuxième génération, d'origine maghrébine, africaine, souffrent pour certains d'entre eux des défaillances parentales. Les familles, qui ont subi dans la transplantation des modifications structurelles importantes, appartiennent à une société où la primauté était donnée au groupe pour maintenir sa cohésion et sa force. Elles se trouvent dans une société où l'individualisme est triomphant (il faut faire par soi-même, être indépendant).

L'image collective, ancestrale d'un père fort et tout-puissant a changé avec le chômage : cette image a été disqualifiée. Le père absent, bien des situations familiales se compliquent. Ainsi, l'on peut évoquer la situation d'un enfant de 4 ans, le petit M. Il mord tous ses copains dans la section maternelle de son école du XVIII<sup>e</sup> arrondissement de Paris. Les parents des autres enfants – toutes nationalités confondues – viennent à tour de rôle se plaindre de son comportement auprès de l'institutrice. Un agent de police, appelé « îlotier » car affecté à un quartier délimité, sera choisi pour venir régler la situation : redire la loi à l'enfant. L'histoire du petit M. est qu'il vit avec sa mère, ses deux frères et sa sœur dans un petit deux pièces. La mère, qui travaille comme femme de ménage, est seule et doit assumer le vivre et le logement. Il n'y a plus de père. Elle a accueilli six enfants d'une cousine que le mari vient de quitter. C'est son fils aîné de 13 ans qui fait la loi à la maison. M. fait, lui, la loi auprès de ses petits camarades, à l'instar de son grand frère.

Parmi les formes actuelles d'expression de violences, on peut encore dire que ce qui avait été perçu hier comme une atteinte à la vie intime des familles et comme une intrusion abusive est aujourd'hui valorisé, encouragé à être dit et révélé : la violence des familles, longtemps minimisée et cachée, fait la une des journaux.

L'enfant « sujet de droit » devient dans certaines conditions enfant de tous les droits et, comme le disait un adolescent, « si, quand je fais une bêtise, mes parents ne m'engueulent pas, cela veut dire qu'ils ne tiennent pas à moi ». L'enfant ne connaît plus les limites à une adaptation sociale. Les défaillances familiales conduisent aux mêmes violences à l'égard des enfants au long de l'histoire et l'enfant livré à lui-même, comme l'enfant violenté, ne s'intègre plus nulle part ; il devient désocialisé. C'est la sanction qui permet à chaque individu jeune ou adulte de se situer dans le champ social, d'y vivre et survivre normalement, en bonne intelligence avec les autres (valeur de la sanction et de la réparation [Vaillant, 2003]). La forme actuelle de violence à enfants particulièrement perverse est l'errance provoquée par le manque de repères, de codes et de bases pour grandir et évoluer dans notre société.

Ainsi, pendant des siècles, les efforts se sont centrés sur l'organisation et la facilitation d'un recueil qui protège les enfants contre l'infanticide et qui assure la survie des enfants abandonnés avec la surveillance des

nourrices (contre les mauvais traitements). Dès la fin du XVIII<sup>e</sup> siècle, poursuivie tout au long des XIX<sup>e</sup> et XX<sup>e</sup> siècles, s'est développée une politique d'assistance à l'enfant en danger sous la forme du placement. Les enfants abandonnés n'en sont plus les seuls bénéficiaires. Les enfants défavorisés peuvent eux aussi être placés. Au XX<sup>e</sup> siècle, cette politique est remise en question suite à la prise de conscience des placements « néfastes ». L'accueil de l'enfant placé dans une famille doit s'accompagner de mesures thérapeutiques. Comme le remarque Naouri, « les années 1960 ont vu naître les premières interrogations de nos sociétés sur le statut de l'enfant et les premières manifestations d'un investissement affectif de la part des adultes » (Lett, 1992, p. 6).

## Les recherches scientifiques

Elles sont nombreuses et variées. Nous ne retiendrons dans le cadre de cette présentation de l'enfance en danger que celles qui ont porté sur les carences familiales et celles qui concernent les carences institutionnelles.

### Les carences familiales

Bowlby présente son étude sur « Soins maternels et santé mentale » au Congrès de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) à Genève en 1951. Sa conférence a une profonde répercussion sur les milieux professionnels de l'enfance. En 1958, au 4<sup>e</sup> Congrès international de psychanalyse, l'introduction des notions d'hospitalisme, de maternage, de substitut maternel ainsi que d'attachement ont à leur tour un grand impact. La démonstration est ainsi faite de l'irréversibilité de certains dommages subis par l'enfant.

En 1962, Ainsworth décrit le manque comme conséquence de l'insuffisance de stimulations interactives entre la mère et son bébé dans le cas de nourrissons négligés, à moitié abandonnés, leurs parents ayant eux-mêmes subi des carences précoces. David (1962) fait remarquer que, néanmoins, dans la pratique, les cas de carences pures n'existent pas. Les troubles de la relation précoce mère-enfant sont liés à des anomalies ou à des distorsions du lien et du processus d'attachement (1962).

Spitz, dans *De la naissance à la parole*, a étudié les caractéristiques de la relation mère-enfant et il écrit : « Elle nous permet d'observer la transformation progressive d'un état de non-relation, d'un lien purement biologique en ce qui deviendra très probablement la première relation sociale de l'individu. La relation qui s'établit entre deux partenaires aussi évidemment inégaux ne peut qu'être asymétrique et leurs apports réciproques dissemblables » (1968, p. 302).

On perçoit bien les risques encourus par l'enfant au cours de cette relation et la nécessité développée par Winnicott d'une bonne qualité de soins maternels à l'enfant (*handling*). « Les fondements de la santé mentale sont établis pour la mère dès la conception grâce aux soins courants qu'elle porte à son bébé. La prophylaxie des psychoses est du ressort des pédiatres » (1969, p. 197). Dans *Besoins des petits enfants dans une société en évolution*, Winnicott (1957) écrit également que la société doit tout d'abord reconnaître que les soins donnés aux nourrissons et aux petits enfants constituent un travail résultant de l'amour. Dans *Jeu et réalité*, à propos des objets transitionnels et phénomènes transitionnels, il constate : « Il n'est pas possible au petit enfant d'aller du principe de plaisir au principe de réalité ou d'aller au-delà de l'identification primaire, hors la présence d'une mère suffisamment bonne » (1975, p. 19).

Kellmer Pringle, éducateur, explique, de son côté, au sujet des besoins de l'enfant : « Nous surestimons tellement les liens de l'enfant avec ses parents naturels que nous tardons trop avant d'envisager de les rompre de façon permanente quand les parents sont perturbés ou rejetants même à un degré pathologique. Le tableau est trop romantique du rôle des parents en général et celui de la mère en particulier » (1979, p. 189).

## Sur les carences institutionnelles

Dans le même temps, les institutions sont pointées alors qu'elles étaient censées réparer les carences familiales. À la base, on trouve les travaux de Spitz sur l'hospitalisme commencés en 1948 sur les enfants séparés de leur mère ou souffrant de carences affectives à l'intérieur même de leur famille. Le film d'Aubry et Appell sur *Les Effets de la carence affective et de la stabulation hospitalière* dans une pouponnière en région parisienne (1955) donna également l'alerte sur les effets nocifs à court ou à long terme des placements d'enfant et le danger de la séparation, l'importance de la relation primordiale de l'enfant à ses parents, en particulier à la mère. Mais ils démontrèrent aussi comment les facteurs de carence affective diminuent dès lors qu'un lien affectif peut s'établir entre l'enfant et un soignant ou un éducateur.

Dolto (1985), dans *La Cause des enfants*, souligne que les carences sont liées aux difficultés et au refus des adultes à percevoir et traiter les enfants en tant que tels. Objet de désir pour le romancier, l'enfant devient objet de recherche pour le médecin ou le psychologue. La société se préoccupe avant tout de rentabiliser le coût des enfants. Les adultes ont peur de libérer certaines forces négatives dont sont porteurs les petits et qui remettent en question leur autorité, leurs acquis, leur position sociale.

À la même période, Clément, psychologue, responsable et fondateur de l'Association des psychologues pour la recherche en clinique (ANREP), écrit : « L'irréversible est enclenché à partir du moment où il y a séparation de l'enfant d'avec les parents. On est dans l'irréparable » (1985, p. 72). En 1991, Gruyer, Nisse et Sabourin du Centre des Buttes-Chaumont décrivent les abus de maternage ou le *nursing pathologique*, à propos d'un type de satisfaction sexuelle chez l'adulte obtenu au nom de l'hygiène de la santé et de l'éducation de l'enfant. En tout bien, tout honneur. Ainsi, le danger continue d'exister pour l'enfant même dans le milieu qui se présente comme le milieu protecteur par excellence, le milieu familial ! Que faire ? Quoi dire pour que les dangers qui persistent disparaissent ?

La notion d'intérêt de l'enfant semble avoir été impulsée suite à la publication de l'ouvrage de Freud, Goldstein et Solnit (1980), qui s'attache à décrire la situation des enfants qui ont déjà fait l'objet d'un placement, et pose la question de la légitimité et des modalités de l'intervention de l'État sous toutes ses formes (qu'il s'agisse des tribunaux, de la police, des services sociaux publics...) dans les familles. La crainte d'un paternalisme étatique rejoint la crainte d'un paternalisme des adultes en général (parents, institution).

Le psychiatre Tomkiewicz a pu écrire : « L'enfant n'a que les droits qu'on veut bien lui octroyer mais la bataille du "pour ou contre les droits" se passe toujours entre adultes... Le besoin d'amour nous paraît fondamental pour le bonheur de l'enfant et, surtout, les travaux de Spitz et de Bowlby pour son évolution harmonieuse. Peut-on cependant transformer ce besoin en droit qu'il faudrait accorder aux enfants de moins de 5 ans ? L'affirmation ou la proclamation de certains droits peut, si l'on n'y prend garde, se retourner contre les intérêts des bénéficiaires. Le droit d'être considéré comme un adulte... » (1987, p. 64).

## Des réponses de l'État : la mise en place du SNATEM

En 1990 est créé le Service national d'accueil téléphonique pour l'enfance maltraitée (SNATEM) suite à la circulaire des ministères. Suite à la loi du 10 juillet 1989, une nouvelle dynamique est envisagée selon les propos de madame Dorlhac, ministre des Affaires familiales, auprès des professionnels de l'enfance afin d'opérer une sorte d'examen de conscience. C'est l'alliance d'un partenariat entre les pouvoirs publics et les institutions qui voit le jour. L'objectif est d'éviter les écueils et les impasses quant à la représentation de la place de l'enfant, et partant quant aux mesures mises en œuvre pour préserver sa singularité et sa dignité de sujet.

## L'état de situation de l'enfance en danger (à travers les résultats de l'ONED et du SNATED)

Dès 1991, le nombre d'appels au SNATEM est très important. Il ne cessera de croître jusqu'à maintenant. L'ODAS, au début, établit des statistiques concernant les cas signalés aux services de l'ASE – violences physiques, cruauté mentale, abus... On constate à partir des années 1997 que le phénomène de révélation des abus s'est accéléré (affaire Dutroux, différentes mesures prises par le gouvernement en direction de certaines institutions en particulier)... Si l'on veut donner quelques exemples : les signalements entre 1992 et 1995 passent de 6000 à 7500 ; 23,98 % d'adolescents sont concernés, 18,74 % de 10-12 ans, 14,29 % de 4-6 ans et 11,73 % de bébés (entre 0 et 3 ans). Dans le même temps, de 30 000 enfants en risque, on passe à 45 000. Les dossiers transmis à la justice sont en augmentation. Ces statistiques montrent que les enfants sont de mieux en mieux protégés parce que plus finement détectés.

En dehors de la famille et des proches, les professionnels ont un rôle très important à jouer. Ils peuvent constater des maltraitances chez les petits (assistantes maternelles, institutrices, auxiliaires de puériculture, puéricultrices, médecins pédiatres...) : ainsi, l'enfant qui se raidit à l'approche de l'adulte, l'instabilité motrice dont il peut faire preuve, la passivité, l'agressivité. À l'adolescence, c'est la fugue et la tentative de suicide qui mettront en alerte le professionnel.

Le mal traverse toutes les couches sociales. Il n'y a pas de population cible. Les premiers qui maltraitent à 86 % sont les mères, pères, frères, sœurs, grands-mères, la famille proche de l'enfant. Plusieurs circulaires voient le jour à destination de l'Éducation nationale, de l'hôpital... pour encourager le repérage des facteurs de risque, de la reconnaissance de la réalité des mauvais traitements et du recueil et traitement des signalements. Le Service national d'accueil téléphonique pour l'enfance en danger (SNATED) se voit alors confier trois missions : celle de recueillir toutes les allégations de mauvais traitements transmises aux Conseils généraux des départements concernés, à charge pour ces derniers de vérifier les faits par une enquête sociale, celle d'une aide immédiate et celle d'une orientation.

## Les professionnels interpellés par les situations de l'enfance en danger

Ce sont tout à la fois les médecins, les infirmières, les puéricultrices, les enseignants, le personnel de l'éducation surveillée, les policiers, les gendarmes, les psychologues, les écoutants, les travailleurs sociaux, les magistrats... qui sont concernés en première ligne pour que l'état de

l'enfant en danger évolue. Dotés d'une formation spécifique, ils sont conduits à évaluer les situations entendues ou rencontrées et à faire un signalement en cas de nécessité.

En revanche, la question de leurs représentations et de leur vécu n'est guère examinée. Or, il est bien évident que leurs réactions, leurs réponses face aux situations de danger (maltraitance, enfants en risque) sont étroitement liées à ce vécu. Difficile de se faire une idée sur ces représentations de par la part de subjectivité qu'elles comprennent ? Néanmoins, il nous a paru intéressant de faire un état des lieux à partir d'un échantillon représentatif de ces acteurs de terrain et de voir quelles étaient effectivement ces représentations, ces vécus qu'ils pouvaient avoir.

## CHAPITRE 2

# Apports des théories implicites relatives à l'enfant, à sa bientraitance et à sa maltraitance

Annick Cartron

La notion d'intérêt de l'enfant, de respect de ses droits en ce qui concerne son développement physique, affectif, social et intellectuel, conduit à prendre en compte un ensemble de besoins dont la satisfaction est nécessaire à un développement satisfaisant. La notion de bientraitance est alors utile pour rendre compte des aspects pluridimensionnels des besoins à satisfaire et celle de maltraitance doit être revisitée pour ne pas la limiter aux privations, abus et violences physiques.

La maltraitance psychologique concerne négligences et violences d'enfants dont certains besoins psychologiques ne sont pas correctement satisfaits, ou auxquels sont imposés, par le biais de pratiques éducatives non répréhensibles en première analyse, des exigences génératrices de très grandes souffrances psychiques.

Il est probable qu'en termes de repérage, la maltraitance physique soit parfois plus facile à identifier que la maltraitance psychologique, car plus observable. De toutes les façons, ce repérage ne peut se comprendre qu'en relation avec les conceptions qu'a chaque individu, parent et/ou professionnel de l'éducation, de ce que sont les besoins de l'enfant et les moyens appropriés de les satisfaire.

Les représentations que les professionnels ont de la maltraitance relèvent de théories dites implicites, c'est-à-dire de théories qui ne donnent pas lieu à une présentation formelle et qui sont dictées par l'expérience et les informations acquises à propos de tel ou tel type de

vécu ou de situation, liés à leur histoire personnelle ou à leur expérience professionnelle. Les théories implicites s'alimentent donc à la source de l'expérience personnelle et, dans certains cas, correspondent à des observations conduites en milieu professionnel ou à des informations recueillies dans les médias, journaux, ouvrages spécialisés ou au cours des formations initiale ou continue auxquelles participent les enseignants ou éducateurs...

## Qu'est-ce qu'une théorie implicite ?

L'expression « théories implicites du développement et de l'éducation » désigne les connaissances relatives aux processus du développement et à l'action éducative des parents, des enseignants ou des éducateurs qui, sans avoir la fonction professionnelle de psychologues ou de psychiatres, prennent en charge l'éducation dans le cadre de la famille ou de l'institution (Vandenplas-Holper, 1987).

Ces représentations se construisent et évoluent par une interaction entre la réalité de la pratique éducative et les informations reçues à ce sujet. La manière dont ces informations auront été comprises et intégrées dépend de l'expérience personnelle antérieure de l'individu et notamment de la manière dont lui-même a été élevé. En fonction de sa problématique personnelle, certaines des informations reçues peuvent même être rejetées ou ignorées si elles sont en contradiction avec les représentations existantes (Moscovici, 1984).

Pour les psychologues sociaux francophones (Beauvois, 1984 ; Leyens, 1983), le terme de « représentation sociale », tel qu'il a été défini par Moscovici, est celui qui regroupe le mieux toutes les terminologies utilisées : cognitions, perceptions, croyances, connaissances, concepts quotidiens, théories implicites. L'auteur considère que les éléments fondamentaux de la représentation sont les informations dont dispose le sujet à propos d'un objet et l'attitude qu'il a à son égard. Cette attitude fait que l'individu considère positivement ou négativement tel ou tel élément de la représentation en fonction des conditions qui ont été celles de son propre apprentissage, et en particulier des gratifications ou frustrations qui s'y rapportent.

Ces représentations dépendent donc beaucoup de l'expérience vécue et de ce que l'on a appris dans les interactions avec les autres, que l'on ait une position de « naïf » ou d'« expert ». Elles sont également fonction des motivations qui peuvent faire sélectionner certaines informations aux dépends des autres et introduire des biais dans la perception de la situation et de son analyse. Par exemple, Mugny et Carugati (1985) montrent que les représentations sociales de l'intelligence sont différentes chez les parents selon que leurs enfants sont bien ou mal adaptés aux exigences scolaires ; et chez les enseignants en fonction de

leur expérience évaluée par leur ancienneté ou par le fait qu'ils soient ou non eux-mêmes parents.

Au cours du cycle de vie, les représentations peuvent être restructurées de différentes manières : informations reçues lors de la formation professionnelle, par le biais des médias, relations avec des interlocuteurs privilégiés... Mais l'individu peut ignorer des informations nouvelles qu'il reçoit si elles sont en conflit avec les représentations déjà construites. Autrement dit, les théories implicites s'imposent à l'individu et lui font souvent considérer comme inadéquat tout autre point de vue.

De plus, l'abondance des informations auxquelles est soumis l'individu et son incapacité à envisager chaque renseignement dans sa spécificité font qu'il utilise un processus simplificateur : la catégorisation (Leyens, 1983). L'activité de catégorisation est indispensable à l'espèce humaine qui doit constamment s'approprier son environnement et y répondre de façon adaptée. Appliquée au domaine des connaissances relatives à la personnalité et au fonctionnement psychologique, ce processus prend un autre nom : celui des théories implicites de personnalité, qui ne constituent qu'un exemple particulier du processus général de catégorisation.

De nombreux travaux ont été consacrés à l'étude des théories implicites de la personnalité. Chacun y recourt pour se juger lui-même et pour juger autrui, pour agir, pour prédire et expliquer son comportement et celui d'autrui. Les recherches concernant les théories implicites s'appuient sur la « théorie naïve » (Heider, 1958) et les théories de l'attribution. En publiant *The Psychology of Interpersonal Relations* en 1958, l'auteur donne le départ à un nouveau courant de recherches en psychologie en montrant que tout être humain fonctionne à la manière du psychologue qui observe les comportements, les siens et ceux d'autrui, et qui cherche à en expliquer les causes.

Les psychologues sociaux cherchent alors à analyser comment les individus font des attributions, c'est-à-dire des inférences causales à propos de la vie psychologique. Les modèles d'attribution développés après Heider décrivent le type de raisonnement logique utilisé pour inférer les causes d'un événement ; Weiner (1985) a en particulier montré que les causes invoquées peuvent être des facteurs internes propres au fonctionnement de l'individu (à ses capacités, motivations, besoins, etc.) ou à des facteurs externes tels que l'environnement, la situation, les partenaires sociaux.

Jones et Harris (1967), eux, ont décrit *l'erreur fondamentale d'attribution* selon laquelle les causalités liées à la personne et à ses dispositions sont surestimées par rapport aux causalités liées à des facteurs situationnels ou sociaux. Selon Beauvois (1984) et Dubois (1994), l'internalité fonctionne comme une norme propre à la culture libérale et

liée à une idéologie de la responsabilité personnelle. Ceux qui sont les mieux insérés dans la société libérale attribuent le plus de valeur aux explications internes.

## Aperçu des principaux travaux relatifs aux théories implicites et à l'éducation familiale

L'objet des théories implicites a tout d'abord concerné le champ du développement de l'intelligence, aussi bien aux États-Unis qu'en France. L'objectif était de savoir quelles étaient les différentes conceptions de l'intelligence véhiculées par les parents et éducateurs, et en quoi elles pouvaient influencer certaines des caractéristiques du développement cognitif de l'enfant et certaines de ses aptitudes intellectuelles. L'hypothèse centrale de ces travaux est que les théories implicites de l'intelligence déterminent un ensemble de motivations et attitudes permettant de comprendre comment l'enfant est mis en situation d'apprendre et comment il réagit s'il rencontre une difficulté ou un échec (Litch et Dweck, 1984 ; Eliott et Dweck, 1988). Ces recherches ont souvent éclairé l'analyse des facteurs de la réussite ou de l'échec scolaire.

Les travaux ont ainsi repéré deux grands types de théorie de l'intelligence différenciant les représentations des individus et leurs attitudes face aux apprentissages et à l'échec (Dweck et Eliott, 1983) :

- *l'intelligence entité*, celle qui résulterait d'un don déterminé par les caractéristiques héréditaires. Les tenants de ce point de vue ont tendance à penser que les capacités, habiletés et aptitudes sont innées et que ce sont donc des facteurs invariables et incontrôlables des conduites humaines. L'échec au cours d'un apprentissage est mal accepté car il révélerait le manque d'aptitudes et de capacités ;
- *l'intelligence instrumentale*, celle résultant des interactions avec le milieu, et donc susceptible de se développer lorsque le contexte est favorable. Avec un tel point de vue, le sujet pense que les facteurs du développement intellectuel sont contrôlables et variables. Il valorise ainsi toutes les aides qui lui sont données pour apprendre et accepte de se tromper au cours des apprentissages pour pouvoir progresser.

Du point de vue du développement de l'enfant, il a été montré que les parents développant une théorie de l'intelligence instrumentale mettaient leurs enfants dans des situations favorables aux apprentissages car cherchant tous les moyens utiles de les faire progresser, alors que les parents se référant à une conception de l'intelligence entité n'incitaient leurs enfants à rechercher ni étayage ni stimulations particulières, se résignant devant un état de fait.

En même temps que se réalisait cette étude des relations entre théories de l'intelligence et développement de l'intelligence s'initiait en Belgique et en France le courant d'études relatif à *l'éducation*

*familiale* : il s'agissait d'analyser de façon plus générale ce qui permet de comprendre, au sein de chaque structure familiale, quelles sont les conduites favorables au développement affectif, social et cognitif de l'enfant et comment elles doivent être comprises en fonction de l'histoire individuelle de chaque individu. L'éducation implicite de chacun repose sur des éléments largement inconscients, et sans intentionnalité véritable.

À partir des années 1980, l'étude des théories implicites du développement et de l'éducation a retenu l'attention des chercheurs pour comprendre les situations éducatives. Les termes utilisés alors pour se référer aux idées que les parents et éducateurs se font à propos du développement de l'enfant et des tâches qu'implique le fait d'être parent sont extrêmement nombreux : outre l'expression « théories implicites », on parle de « théorie naïve », « psychologie du sens commun », « théories subjectives », « théories professionnelles » et les notions de perceptions, cognitions, croyances, opinions, représentations sont le plus souvent utilisées pour rendre compte des connaissances que chaque individu a élaborées au cours de sa vie pour expliquer le développement et justifier le bien- ou mal-fondé des pratiques éducatives, que ce soit les siennes ou celles d'autrui.

L'histoire de la socialisation de l'individu fait qu'il a intériorisé tout un ensemble de schèmes d'action et de pensée qui déterminent sa manière d'appréhender les situations présentes et sa façon d'y réagir. Une référence fréquente est faite aux travaux de Bourdieu (1992) pour souligner le poids du capital incorporé d'habitudes qui forment les théories implicites, avec l'accent mis sur le fait que ces habitudes font que l'individu, confronté à des situations nouvelles et donc à des connaissances nouvelles, ne peut les assimiler que s'il parvient à résoudre les conflits affectifs entre nouveaux et anciens schèmes de pensée. Certains sociologues ont ainsi souligné combien le poids de l'implicite plaçait l'individu dans une logique conservatrice.

Ce courant d'études de *l'éducation implicite* a eu pour objectif non seulement de comprendre les déterminants des pratiques éducatives des parents et éducateurs, mais aussi de mettre au point des programmes de formation destinés aux parents afin de les aider à construire ou reconstruire un cadre de références leur permettant d'intervenir de la façon la plus adaptée possible auprès de l'enfant.

De tels travaux soulignent que la famille et l'enfant sont des objets de la réalité sociale, construits à partir de représentations spécifiques à chaque culture et à chaque groupe social qui peuvent leur attribuer des rôles très différents. Par exemple, Ionescu et al. (2006) ont publié une étude interculturelle de la maltraitance infantile à travers l'analyse des informations transmises dans les journaux de différents pays. Les auteurs montrent bien quel peut être l'impact de ces informations dans

le cas d'abus sexuel : en effet, le contenu des textes relatifs à l'abus sexuel peut avoir pour conséquence de réduire de manière importante la nature et la gravité de la maltraitance, en référence à une conception de « l'enfant victime » ou à celle de « l'enfant malveillant ».

Les analyses de ces auteurs soulignent également que peu d'articles de presse proposent une compréhension écosystémique de la situation de maltraitance. Les travaux présentés montrent comment les articles de journaux peuvent contribuer aux processus d'attribution causale en faisant concorder l'information donnée avec un stéréotype ou une attribution de bon sens dans le cas de la maltraitance.

Pour l'ensemble des raisons qui viennent d'être évoquées, les théories implicites regroupent donc un ensemble d'informations qui sont d'origine et de nature très diverses. De ce fait, elles relèvent souvent du registre de l'opinion ou de la croyance et peuvent résister à l'intégration d'informations non concordantes.

## **Un moyen de repérage de l'adaptation des pratiques et interventions**

Élever et/ou éduquer des enfants correspond à une pratique sociale dont les finalités ne peuvent être comprises qu'en fonction des valeurs de la personne chargée de l'enfant. Les valeurs éducatives auxquelles parents, enseignants ou éducateurs se réfèrent et les représentations qu'ils sont susceptibles d'en fournir permettent de comprendre ce que sont leurs pratiques éducatives effectives.

Tous les travaux qui s'intéressent aux théories implicites reposent sur le constat qu'il existe toujours un hiatus entre pensée et action, entre ce que déclare désirer et vouloir faire un individu et ce qu'il fait réellement. Les déclarations faites peuvent être considérées comme l'un des indicateurs relatifs à l'adaptation des conduites que parents et éducateurs ont à l'égard de l'enfant, en fonction de ce qu'ils estiment souhaitable ou non pour lui, et doivent être confrontées à la réalité des faits observables.

Il revient alors aux professionnels intervenant auprès d'un enfant d'apprécier en quoi il y a des différences importantes entre ce qui est dit et fait. Pour cette raison, Pourtois et Desmet (2004) distinguent bien « *théories implicites* » et « *éducation implicite* », et soulignent que les théories implicites des parents « sont l'une des variables médiatrices de l'éducation qu'ils donnent à leur(s) enfant(s) ».

À propos des parents, Durning souligne que de nombreuses recherches ont conduit à faire parler les parents de « leurs valeurs et attitudes éducatives » (1995, p. 107), et l'auteur retient la définition d'attitude éducative produite par Verquerre et al. (1994) selon laquelle il s'agit de « l'évaluation que les parents portent sur les comportements

éducatifs qu'ils peuvent considérer souhaitables ou indésirables pour leur enfant ».

Ainsi, les théories implicites permettent d'identifier chez les parents des attitudes de bientraitance ou maltraitance : elles peuvent être en particulier un indicateur de maltraitance ; et chez les professionnels intervenant auprès des enfants, il s'agit de savoir ce qu'ils estiment être de la bientraitance ou de la maltraitance, et donc le cadre dans lequel ils fonctionnent pour repérer un enfant objet de maltraitance physique et/ou psychologique. Les théories implicites peuvent permettre de mieux comprendre comment un enfant est pris en charge de façon adéquate ou non par certains professionnels qui interviennent auprès de lui.

Si l'on cherche à faire un rapide bilan de la littérature au sujet des attitudes éducatives et de leurs représentations, on retiendra tout d'abord l'ensemble des travaux où sont étudiées les représentations que les parents ont de l'enfant et de son développement, et des processus éducatifs qu'ils estiment adaptés à ce niveau de développement. Ces travaux sont regroupés sous la rubrique « théories implicites du développement et de la personnalité » (Vandenplas et Holper, 1987 ; Palacio-Quintin, 1990).

Les premières recherches concernant la relation entre théories implicites et styles et pratiques éducatives ont été conduites dans les années 1980. La question posée par les travaux de ce type est de savoir dans quelle mesure il y a un lien entre les théories implicites des parents et des éducateurs et les caractéristiques de l'enfant.

Pour certains auteurs comme Sigel (1985) et McGillicuddy-de Lisi (1985), il y a un lien entre les croyances des parents et le niveau de développement cognitif de leurs enfants. En effet, les parents qui estiment que les enfants apprennent par expérimentation active ont des exigences cognitives élevées et invitent l'enfant à rechercher différentes solutions au problème. En revanche, les parents qui estiment que l'enfant doit enregistrer les instructions parentales se contentent de lui donner des directives. Les enfants de ce dernier groupe ont un niveau de développement cognitif moins élevé que ceux que les parents encouragent à chercher leurs propres solutions.

Garland et White (1980), eux, ont montré que les professionnels d'écoles maternelles anglaises participant à un projet d'adoption par les enfants de comportements sociaux positifs dans le cadre scolaire peuvent se différencier dans leur manière d'intervenir auprès des enfants selon leurs conceptions implicites.

Lorsque l'éducateur pense que l'enfant est un être non naturellement discipliné et qu'il ne peut se prendre en charge que sous la supervision de l'adulte, il intervient sous la forme d'instructions directes, ordres, actes d'autorité. Lorsque l'éducateur se réfère à une théorie implicite selon laquelle les contrôles les plus efficaces du comportement émanent

de l'enfant lui-même, il intervient auprès de l'enfant pour lui signifier la confiance mise en lui et le laisser libre de prise d'autonomie.

De même, Emiliani et al. (1981) ont mis en évidence, à partir d'observations de puéricultrices de crèches à Bologne (Italie), l'influence de leurs théories implicites dans la manière d'organiser les apprentissages de l'enfant en favorisant plus ou moins son autonomie.

Il semble ainsi que les discours tenus par les parents et les éducateurs soient en relation directe avec leurs attitudes et pratiques éducatives, mais sans oublier que dans certaines situations, il peut y avoir des écarts importants entre le « dire » et le « faire ». De plus, si les travaux sont nombreux en ce qui concerne les pratiques des parents, ils sont beaucoup plus rares en ce qui concerne les professionnels de l'enfance.

## Des théories qui peuvent évoluer

Si les théories implicites peuvent fournir des indices sur la réalité des pratiques éducatives, les chercheurs, au fur et à mesure que les connaissances le confirment, se posent la question de savoir dans quelle mesure elles sont susceptibles d'évoluer et de contribuer à faire évoluer des conduites, en particulier lorsque celles-ci sont inadaptées (Goodnow, 1988 ; Anderson, 1995 ; Hirsjärvi et Perrälä-Littunen, 2001). Ce problème se pose en particulier à propos des programmes d'éducation familiale ou de guidance, notamment dans des situations où les parents sont face à un enfant en difficulté.

Roskman (2003), par exemple, montre les effets d'un programme de guidance adressé à des mères d'enfants handicapés : une évolution des théories implicites de la personnalité est observée dans le sens où les mères perçoivent la personnalité comme davantage susceptible de se modifier sous l'effet des interactions avec l'entourage et, en même temps, évaluent de façon différente la personnalité de leur enfant.

Cette question des effets des informations fournies sur les théories implicites se pose également en ce qui concerne les professionnels de l'enfance. Mais, à notre connaissance, des données systématiques dans ce champ de recherche ne semblent pas avoir été recueillies, les travaux se limitant à l'étude de l'éducation parentale.

On ne peut donc là que rappeler ce qui a été écrit plus haut sur l'aspect conservateur de l'implicite, et ce que l'on sait des travaux conduits en psychologie sociale sur les difficultés à faire évoluer les opinions, croyances, attitudes des individus quand les représentations sociales se sont construites à la suite d'un conflit entre l'intérêt propre de l'individu et une exigence sociale contraignante. Il faut aussi souligner que cet implicite résulte du contexte culturel et interculturel de socialisation de chaque individu.

## Théories implicites et sens donné au statut d'enfant et à son développement

Le ou les sens que peuvent prendre les enfants sont pour chaque parent et vis-à-vis de chaque enfant un ensemble complexe et spécifique de données individuelles, sociales, culturelles et économiques. De même, les besoins à satisfaire chez l'enfant et les qualités recherchées chez lui par l'adulte s'avèrent très diversifiés.

### Sens donné à l'enfant et inscription socio-économique du groupe familial

L'enfant peut ainsi être perçu comme symbole du lien conjugal, comme porteur de relations affectives ou comme garantie de ressources pour la vieillesse... Il est fréquemment perçu comme permettant l'expérience riche de la parentalité, mais ne devant cependant pas entraver les autres projets et modalités de réalisation de soi de ses parents.

Si la famille a fortement évolué dans les 30 dernières années – prenant des formes diversifiées – et si les liens familiaux se sont transformés, l'enfant reste fortement valorisé dans toutes les couches de la société : c'est par la filiation que se définit principalement la famille d'aujourd'hui, tandis que les liens d'alliance paraissent au contraire très fragilisés.

Aujourd'hui, l'enfant est l'objet d'un fort investissement de tous ordres, en particulier pédagogique et éducatif. Mais d'une classe sociale à une autre apparaissent des différences liées aux positions économiques et sociales des familles, dont découlent en outre des pratiques sociales diversifiées (Gabel, 2002).

Dans la catégorie favorisée tant au plan économique que culturel, la relation affective est valorisée ; l'enfant est souvent considéré comme un acteur autonome, son épanouissement individuel et la construction de son identité personnelle sont d'une grande importance. Il doit s'approprier le capital social et culturel de la famille pour devenir un adulte autonome, aux plans affectif, social et professionnel.

Dans les classes moyennes, les parents ont d'importantes préoccupations scolaires et pédagogiques. L'enfant doit acquérir, par son sérieux et par une grande attention aux exigences scolaires, l'ensemble des moyens culturels propres à garantir son avenir.

Dans les catégories les plus défavorisées enfin, l'idée est plutôt que l'enfance est le bon moment de la vie et que l'enfant doit prendre du bon temps. Mais l'éducation, dont le but est l'intégration sociale, est assez rigide et passe par une adaptation stricte aux règles sociales.

NOMBREUSES SONT LES TYPOLOGIES DES STYLES ÉDUCATIFS PARENTAUX, QU'ELLES CONCERNENT LE RÔLE DE L'ADULTE DU POINT DE VUE DE LA STRUCTURATION

cognitive de l'enfant (Lautrey, 1980) ou qu'elles s'attachent à comprendre son rôle en matière de développement affectif et social (Pourtois, 1979). Dans le premier cas est étudiée la structuration du milieu familial : « faible », « rigide » ou « souple » selon les régularités et perturbations qu'il peut offrir. Dans le second cas, les attitudes éducatives parentales sont catégorisées selon deux grands types de critère : le degré d'attention portée à l'enfant et le contrôle d'activité de l'enfant (Baumrind, 1971). Les pratiques éducatives parentales sont alors analysées selon trois grands types d'intervention parentale :

- *type autoritaire* : il se caractérise par un contrôle systématique des activités de l'enfant sur un mode le plus souvent coercitif (menaces et punitions). Les parents donnent peu d'explications et de justifications et les droits de l'enfant ne sont ni reconnus ni respectés ;
- *type libéral permissif* : la liberté d'attitudes et des choix faits par l'enfant est pleine et entière : il y a peu de limites et d'exigences signifiées à l'enfant, ni de cadre imposé ; la permissivité est telle qu'elle peut conduire à une inadaptation sociale en raison de l'absence de cadre fourni, sans repères, ni limites ;
- *type démocratique* : les parents exercent un contrôle sur les activités de l'enfant en établissant un dialogue et une concertation régulière avec lui ; de ce fait, ils exercent un contrôle souple. Les exigences parentales sont fortes mais il y a beaucoup d'attention éducative portée à l'enfant.

Il s'agit par ce type de typologie de se donner un cadre pour analyser comment les parents interviennent pour aider l'enfant à s'adapter à la réalité sociale. Les effets de la socialisation et les incitations, contrôles et régulations effectués par l'adulte ont pour objectif que l'enfant apprenne à se conduire en fonction des valeurs, normes, règles, attentes de son milieu social d'appartenance et des personnes qui le composent.

Cette adaptation de l'enfant s'évalue à travers des qualités valorisées par l'adulte qui peuvent être de natures très différentes :

- soit des qualités d'obéissance et de conformité aux attentes de l'adulte qui peuvent donner lieu à des conflits entre l'enfant et l'adulte, plus ou moins difficiles à résoudre, avec en particulier des formes d'incitation de l'adulte s'inscrivant dans le registre de la récompense et de la valorisation de l'enfant ou, au contraire, de la punition et de la dévalorisation ;
- soit des qualités qui sont des caractéristiques de la personnalité s'appuyant sur des valeurs relatives à la nécessité d'entretenir de bonnes relations avec autrui et donc de savoir réguler ses interactions.

Ainsi, éduquer un enfant est compris comme un équilibre à trouver entre satisfaire les principaux besoins de l'enfant et lui faire acquérir les comportements valorisés par l'éducateur. Étudier les théories implicites

revient à s'intéresser en priorité à l'identification des besoins de l'enfant que les parents ou intervenants professionnels estiment devoir satisfaire et aux modalités selon lesquelles ils le font, en relation avec les caractéristiques qu'ils valorisent chez un enfant.

## Besoins à satisfaire chez l'enfant et qualités recherchées par l'adulte

Les besoins de l'enfant ont fait l'objet, dans les 30 dernières années, de nombreuses recherches et publications, avec en particulier la mise en avant de la nécessité de satisfaire les besoins de l'enfant dans le respect de son individualité. Tous ceux se référant à la théorie de l'attachement soulignent en quoi cette satisfaction adaptée des besoins de l'enfant est la condition des sentiments de sécurité et de valorisation indispensables à l'acquisition progressive de l'autonomie de l'enfant et de l'adolescent. Si la plupart de ces besoins restent à satisfaire durant toute la vie, il est essentiel qu'ils le soient davantage pendant les premiers mois et les premières années de la vie et tout au long de l'enfance et de l'adolescence. Reprendre un à un ces besoins essentiels dans les antécédents des enfants victimes de mauvais traitements et/ou de violences psychologiques amène à se rendre compte combien, chez ces enfants, certains de ces besoins n'ont pas été satisfaits, ou de façon complètement inappropriée.

Les représentations des comportements parentaux valorisés sont ainsi liées à la satisfaction des besoins psychosociaux dont les composantes, selon Pourtois et Desmet (2004), sont nombreuses : affectives, cognitives, sociales et idéologiques. Il s'agit donc de préciser à quels besoins l'éducation parentale doit prioritairement répondre pour permettre la bientraitance de l'enfant et quelles sont les conduites inadaptées qui permettent de soupçonner qu'il y a violences psychologiques et/ou maltraitance.

- *Les besoins d'affection* sont ceux dont la satisfaction permet à l'enfant d'éprouver un sentiment de sécurité car ses besoins d'attachement sont satisfaits. Dans la petite enfance, l'adulte peut apporter de façon adaptée et régulière, et donc prévisible, la satisfaction des besoins primaires, en y incluant les besoins de contacts sociaux selon la perspective de la théorie de l'attachement. Chez l'enfant plus âgé, il s'agit plus de l'acceptation des besoins et désirs de l'enfant par la création d'un espace relationnel où il puisse les exprimer dans une relation affective positive et les satisfaire avec l'aide ou l'autorisation d'autrui.

- *Les besoins cognitifs* sont ceux dont la satisfaction est l'une des conditions de l'accomplissement de l'individu : besoins de stimulations, besoins d'expériences nouvelles et diversifiées, besoins de renforcement sont classés sous cette catégorie. Il s'agit en particulier de savoir

comment les parents favorisent chez l'enfant la prise en compte de ses intérêts propres en fonction de son âge et de sa personnalité, et le font bénéficier de leur aide et de leur appui pour faire des choix adaptés à la situation. Ces choix sont ceux exprimés par l'enfant et non pas ceux qu'autrui exprime pour lui : ils lui permettent de devenir un individu autonome.

- *Les besoins de communication* permettent d'apprendre à interagir avec autrui dans un climat d'attention réciproque. L'enfant apprend à exprimer ses besoins, désirs, sentiments, ressentis, motivations et opinions, et devient capable d'identifier ces mêmes états psychologiques chez autrui.
- *Les besoins sociaux* sont ceux qui s'inscrivent dans le cadre d'échanges interactifs et harmonieux avec les parents et les autres personnes de l'environnement. Il s'agit là de savoir rechercher le contact avec autrui, d'avoir une attitude positive à son égard et de prendre en compte autrui et son point de vue, ainsi que ses spécificités et besoins particuliers.
- *Les besoins liés au développement* de l'enfant sont ceux auxquels les parents doivent répondre pour que l'enfant parvienne à se projeter dans l'avenir et accéder à son autonomie d'adulte. Les parents, qui ont des projets pour l'enfant, lui permettent ainsi de prendre conscience de ses propres aspirations, et le mettent en situation d'accepter l'aide et l'appui d'autrui pour mettre en œuvre ce à quoi il aspire. Ainsi, l'enfant construit son propre sentiment d'identité et acquiert une autonomie de pensée indépendante de celle de ses parents. Rufo (2007), par la présentation d'un ensemble de vignettes cliniques rassemblées dans son ouvrage *Détache-moi ! Se séparer pour grandir*, montre à quel point ce processus est difficile dans différents types de relations parent-enfant.

Selon Verquerre et al. (1994), les représentations de l'enfant se structurent chez les adultes, en référence à trois facteurs exprimant les qualités qu'ils valorisent chez l'enfant, à savoir :

- *le contrôle et l'adaptation de l'enfant à la réalité sociale*. Ce sont des qualités résultant des effets de la socialisation et des contrôles et régulations effectués par l'adulte pour que l'enfant apprenne à se conduire en fonction des valeurs, normes, règles, attentes de son milieu social d'appartenance et des personnes qui le composent. Ces qualités sont à la fois des valeurs morales et des caractéristiques de la personnalité, mais toutes sont utiles à la régulation des interactions avec autrui : responsable, soigneux, sage, raisonnable, franc, honnête, respectueux, discipliné. Il est certain que ces qualités ne sont pas valorisées de la même façon par les différents milieux socioculturels, car on sait que les milieux les moins favorisés valorisent les qualités de l'enfant immédiatement en relation avec son adaptation au quotidien, alors que les milieux plus favorisés se placent dans une perspective de construction de la personne

à long terme et de tout ce qui aide la personne à entretenir de bonnes relations avec autrui (Perron, 1971) ;

- *l'expression du potentiel d'expression et de créativité* de l'enfant. Les qualités recherchées sont celles qui apparaissent souhaitables pour un développement cognitif et social harmonieux – intelligent, autonome, travailleur, sûr de soi, calme – mais certaines de ces qualités – imaginatif, actif, expansif –, si elles sont manifestées avec excès, deviennent source de difficultés pour soi-même et pour autrui, empêchant l'adaptation au réel et à ses contraintes. Ce facteur possède donc une double orientation, car une expressivité mal contrôlée peut être la cause de difficultés réelles dans le registre de l'extraversion pathologique ou au contraire être le signe d'une introversion révélant le repli sur soi et être dans certains cas l'un des symptômes conduisant à suspecter un trouble du comportement social (Dumas, 1999) ;

- *une affectivité bien régulée* : les qualités valorisées sont celles utiles à l'établissement et au maintien de relations interpersonnelles harmonieuses : sensible, confiant, équilibré, gai, affectueux, agréable, gentil, bon. On peut considérer qu'il s'agit là des qualités les plus directement en relation avec l'établissement d'un lien d'attachement sécurisant pendant la petite enfance qui fait que dans la relation à autrui, l'individu ne se place ni en retrait – n'attendant rien de positif d'autrui – ni en position de revendication agressive (Cartron et Winnykamen, 1999 ; Pierrehumbert, 2000).

Le sujet qui a confiance en autrui et en lui-même construit un sentiment d'identité dans un registre positif qui lui permet d'être à l'aise dans les relations sociales : il a appris qu'autrui était capable de lui apporter la satisfaction de ses besoins et aide et soutien pour devenir autonome. Ces caractéristiques révèlent que la socialisation s'effectue de façon harmonieuse (Pierrehumbert, 2002).

## Théories implicites et notions de maltraitance et de bientraitance

Si la notion de maltraitance s'avère relativement ancienne, bien que l'intérêt porté à ses victimes soit récent, celle de bientraitance est nouvelle et nettement moins connue.

### Les évolutions de la notion de maltraitance

Il convient, tout d'abord, de proposer une définition de la maltraitance, de façon à mettre les mêmes mots sur des situations identiques. L'Observatoire décentralisé de l'action sociale (ODAS) a proposé la définition suivante : « L'enfant maltraité est celui qui est victime de violences physiques, cruauté mentale, abus sexuels, négligences lourdes ayant des conséquences graves sur son développement physique et

psychologique. » Cette définition est le reflet de l'évolution du concept de maltraitance qui se fait par une prise de conscience progressive et la reconnaissance douloureuse de l'existence de différentes formes de violence, en incorporant, à côté des mauvais traitements physiques évidents, d'autres moins apparents, mais aussi les négligences graves, les carences de soins (on parle parfois à leur propos de « sévices par omission »), les carences affectives, les sévices psychologiques et moraux, connus depuis longtemps sous le nom de « cruauté mentale ».

D'une façon générale, on peut présenter les mauvais traitements à enfants comme autant de réponses inadaptées ou d'absences de réponse aux besoins des enfants en vue d'un développement harmonieux. Ceci conduit à élargir significativement le champ de la maltraitance, en y incluant les négligences et violences psychologiques : celles que l'enfant subit lorsque certains de ses besoins psychologiques ne sont pas – ou mal – satisfaits. Par exemple, l'enfant « transparent » à qui n'est pas donné d'espace de valorisation ni, donc, d'espace de construction identitaire dans la famille ou à l'école, ou l'enfant qui est simple instrument des désirs de réalisation des parents et faire-valoir.

La négligence peut également se traduire par des attitudes laxistes conduisant à priver l'enfant de repères et à générer ainsi d'intenses sentiments d'insécurité. L'enfant qui est « trimbalé » au gré des désirs de l'adulte, ou celui encouragé à une excessive autonomie n'ayant pas d'étayage suffisant, ou encore celui obligé de suppléer à l'adulte défaillant subissent des situations de négligence et maltraitance.

Ces négligences et violences psychologiques ne sont pas aussi faciles à repérer que la négligence et la violence touchant à l'intégrité physique. Il faut donc tout particulièrement souligner ce point de vue et s'interroger pour savoir dans quelle mesure il est pris en compte dans les théories implicites des différents professionnels intervenant auprès de l'enfance en danger. Il s'agit ainsi de mieux préciser ce qu'est un enfant réellement bien traité au plan psychologique.

### **La bientraitance : une notion à mieux cerner et à diffuser**

Terrisse (2005) analyse les difficultés rencontrées pour définir le concept de bientraitance et l'absence de réflexion synthétique sur ce thème, alors que le concept de maltraitance est abondamment documenté. L'auteur propose de définir la bientraitance de l'enfant comme l'ensemble des comportements éducatifs parentaux et institutionnels permettant une adaptation harmonieuse et réussie de celui-ci aux conditions de vie qui prévalent dans son milieu de vie. Ceci l'amène à conclure que la bientraitance est étroitement liée aux écosystèmes et, par conséquence, que des pratiques perçues comme maltraitantes dans une société ou à une époque peuvent être, ou avoir été, en réalité, bientraitantes dans une autre société ou à une autre époque...

La notion de bientraitance est ainsi intimement liée au contexte historique et socioculturel, elle est soutenue par des représentations et idéologies concernant la famille et l'enfant communes à une société donnée, voire à une classe sociale ou à un groupe particulier de cette société (Pourtois et al., 2000). Le contexte socioculturel donne sens aux choses, ce qui fait que le concept de bientraitance envers les enfants est éminemment subjectif (Terrisse, 2005 ; Cyrulnik, 2005).

Dans la même logique, Cyrulnik (2005) montre par de multiples exemples que le contexte sociétal et culturel fait que les individus peuvent attribuer des significations contradictoires à des phénomènes, des événements, des pratiques. L'auteur défend également l'idée qu'il ne peut y avoir de cause explicative unique à la maltraitance ou à la bientraitance.

## **Trois raisons d'étudier les théories implicites de la bientraitance et maltraitance des professionnels face à un enfant en danger**

Les théories implicites permettent d'établir des liens de cause à effet entre histoire personnelle, représentations et conduites dans les différentes situations personnelles et professionnelles auxquelles l'individu est confronté aux différents âges de sa vie. Les théories implicites permettent de mieux comprendre les pratiques éducatives parentales et elles permettent aussi d'apprécier la nature des informations recueillies par l'observateur, ou la nature de la prise en charge préconisée et/ou mise en œuvre dans le cas d'enfants en danger.

Lorsqu'un intervenant est en contact avec un enfant maltraité, la part de ses affects mais aussi celle de ses théories implicites peuvent permettre de comprendre comment il évalue tel ou tel type de maltraitance, la gravité de ses effets, les motivations de l'auteur des actes : la théorie de l'intervenant sur tel ou tel aspect de la maltraitance a sans aucun doute un effet sur ses pratiques de repérage, de signalement et de prise en charge.

Ainsi, au fil de ce chapitre, sont apparues au moins trois raisons d'étudier les représentations des professionnels intervenant auprès de l'enfance en danger à travers leurs théories implicites et ainsi de ne pas se limiter à la seule étude des théories implicites des parents. En effet :

- les réactions des professionnels face à la violence sont déterminées par leur histoire personnelle et professionnelle ;
- les pratiques des professionnels dans leurs interventions auprès de l'enfance en danger sont en lien avec leurs représentations et théories implicites ;

- les programmes de formation professionnelle ne peuvent être organisés qu'en pleine connaissance des théories implicites des professionnels et des résistances qu'elles peuvent générer.

Les professionnels, eux, doivent être invités non seulement à analyser les théories implicites des parents ou éducateurs bien- ou maltraitants, mais aussi à faire un travail psychologique sur leurs propres théories implicites.

## CHAPITRE 3

# Conception et justification de la violence à l'encontre des enfants

Pierre G. Coslin

Périodiques et ouvrages spécialisés parlaient peu des violences subies par les enfants jusqu'à la fin des années 1950. Le problème des enfants négligés ou maltraités n'en est pas pour autant un problème nouveau aujourd'hui. De Cosette à Poil de Carotte, la littérature est là pour le rappeler : l'enfance malheureuse existait déjà au XIX<sup>e</sup> siècle. Ambroise Tardieu, professeur de médecine légale, l'avait d'ailleurs dénoncée dès 1860 et c'est plutôt du relatif silence des professionnels qu'il faut s'étonner jusqu'aux années 1980 (Manciaux, 1982 ; Cothenet, 2004). La maltraitance ne sera-t-elle pas officiellement reconnue par l'Éducation nationale qu'en 1997, par la circulaire 97-119 sur la « Prévention de mauvais traitements à l'égard des élèves ».... ? Et, les mots suivant les faits non sans lenteur, bien que le verbe « maltraiter » datât du XVII<sup>e</sup> siècle, le terme n'apparaîtra dans les dictionnaires français... qu'en 1992 !

Le fait n'en était pas moins là dans le passé, et il est toujours là, et des plus préoccupants ! Certes, la valeur et la reconnaissance de l'enfant s'avèrent aujourd'hui assez bien établies. Mais il n'en faut pas moins relever que l'évolution de la société et les modifications de la famille et des valeurs sociales sont susceptibles d'entraîner pour lui des situations difficiles. Ce qui importe le plus n'est d'ailleurs pas de savoir si nous devons constater une sensibilisation accrue aux problèmes de l'enfance ou la recrudescence de situations problématiques, mais plutôt de nous préoccuper de la souffrance de certains enfants, des séquelles qu'ils sont susceptibles de porter toute leur vie, des familles détruites et du coût social que cela peut induire.

## Les violences subies par l'enfant

Les premières approches des enfants maltraités ont été celles d'enfants victimes de violences physiques avérées et présentant diverses traces de sévices, telles qu'hématomes, fractures et brûlures. L'intérêt s'est porté par la suite sur les carences de soins massives qui se manifestaient par un mauvais état général, des blocages de croissance, des retards psychomoteurs ou des troubles du comportement. Il porte également, de nos jours, même si c'est de manière encore trop insuffisante, sur les mauvais traitements psychologiques.

Les définitions élaborées par l'Observatoire décentralisé de l'action sociale (ODAS) distinguent ainsi, selon le type de traumatisme subi, *les enfants en danger*, regroupant les enfants maltraités et les enfants en risque : *les enfants maltraités* étant victimes de violences physiques, d'abus sexuels, de violences psychologiques ou de négligences lourdes ayant des conséquences graves sur leur développement physique et/ou psychique ; *les enfants en risque* connaissant des conditions d'existence susceptibles de compromettre leur santé, leur sécurité, leur moralité ou leur entretien, mais n'étant pas pour autant maltraités.

Ces situations sont généralement intentionnelles, même si la corroboration s'avère parfois difficile. Leurs formes sont multiples.

Les violences physiques s'étendent ainsi des coups aux brûlures, des secousses aux morsures, en passant par les empoisonnements ou les accidents provoqués. Le siège des lésions est souvent évocateur des origines : lésions du visage et du cou, du thorax et des cuisses, ou arrachements de cheveux. Nombre d'ecchymoses et d'hématomes ne résultent pas de chutes accidentelles et peuvent être dus à de la malveillance ; en particulier, ces traces s'avèrent rarement accidentelles chez un nourrisson. De même, le syndrome du *bébé secoué*, qui intervient entre 4 et 6 mois, laisse des lésions engendrées par des secousses antéro-postérieures assez facilement reconnaissables – hématomes sous-duraux, hémorragies du fond de l'œil, lésions d'empoignement caractérisées par des ecchymoses au niveau des bras.

Les violences sexuelles, qui correspondent à toute forme d'exploitation sexuelle d'un enfant par l'adulte, s'avèrent également très diversifiées, allant du viol et de l'inceste aux agressions telles qu'attentats à la pudeur, propositions obscènes, prostitution, etc., aux conséquences tant au plan physique que psychique particulièrement néfastes.

## Un phénomène qui va en s'aggravant

Les seules données nationales identifiant les traumatismes intentionnels sont celles qui ressortent des signalements de l'Aide sociale à l'enfance (ASE) reprises par l'ODAS, avec un biais de non-représentation des

enfants de classes socio-économiques aisées. En France, selon l'ODAS, 54 000 enfants étaient déjà signalés en danger au milieu des années 1990, dont 16 000 maltraités avec certitude, 7000 ayant fait l'objet de violences physiques, 4000 d'abus sexuels, 4000 ayant supporté de lourdes négligences et 1000 souffert de cruauté mentale. Les autres, au nombre de 38 000, connaissaient des conditions d'existence risquant de mettre en péril leur santé, leur sécurité ou leur moralité.

Ces nombres ont crû très rapidement en ce qui concerne l'enfance en risque, passant de 30 000 en 1992 à 38 000 en 1994, alors qu'ils tendaient à stagner autour de 16 000 en ce qui concerne les enfants maltraités. Ils continuent d'augmenter par la suite : on repère ainsi, en 2000, 18 300 enfants maltraités, dont 6600 violences physiques, 5500 abus sexuels, 4800 négligences lourdes et 1400 violences psychologiques. Enfin, entre 2003 et 2004, le nombre d'enfants en danger est passé de 89 000 à 95 000 et le nombre d'enfants en risque de 71 000 à 76 000, ce qui représente une augmentation de près de 7 %. Le nombre d'enfants maltraités a de même atteint 19 000. Les négligences lourdes (4400) et les violences psychologiques (2500) sont restées stables, mais les violences sexuelles (5500) et les violences physiques (6600) ont fortement progressé : en une seule année, les conseils généraux ont enregistré autant de nouveaux signalements qu'au cours des cinq années précédentes<sup>1</sup>.

De tels faits de maltraitance sont particulièrement fréquents dans l'anamnèse des jeunes bénéficiant d'une prise en charge de la Protection judiciaire de la jeunesse (PJJ). Une enquête réalisée par cette institution, focalisée sur les antécédents de mauvais traitements, fait ainsi observer que 41 % des garçons et 55 % des filles suivis ont été victimes d'une agression physique au cours de leur vie, 6 % des garçons et 34 % des filles affirmant avoir été victimes d'une agression sexuelle.

## Des violences pouvant être fatales

Dans les cas les plus extrêmes, les violences subies par les enfants peuvent les conduire à la mort. D'ailleurs, dans son *Rapport mondial sur la violence et la santé* de 2002, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) constate que les très jeunes enfants sont les plus exposés au risque d'homicide, la France n'échappant pas à cette triste statistique, puisque c'est avant l'âge de 1 an que l'on y relève le taux d'homicide le plus élevé par rapport à tous les autres âges de la vie (Tursz et Gerbovin-Rerolle, 2008). Cette mortalité infantile reste cependant

1. Il faut noter que ces comparaisons omettent le fait que les signalements ayant commencé au début des années 1990, cette hausse peut n'être que le signe de la mise en place d'un système de repérage et de quantification. De nombreux spécialistes doutent des chiffres de l'ODAS.

mal connue, car les morts violentes de l'enfant sont nettement sous-déclarées. Le Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc) de l'Inserm n'a ainsi enregistré pour l'année 1999 que le décès de 40 enfants de moins de 15 ans victimes d'homicide, avec des taux de mortalité plus élevés chez les enfants les plus jeunes. De plus, ces chiffres sont sous-estimés du fait que bon nombre de décès sont enregistrés en « traumatismes de cause indéterminée quant à l'intention », et qu'il existe un important « non-retour » des informations en provenance de certains instituts médico-légaux en cas d'autopsie. On constate, en revanche, que les nombres de cas retenus par la gendarmerie nationale sont plus élevés chaque année que ceux de l'Inserm (68 contre 50 en 1997, 74 contre 40 en 1999, par exemple). Les statistiques tendent, il est vrai, à être plus précises, le CépiDc Inserm réalisant depuis l'an 2000 des enquêtes complémentaires systématiques auprès des médecins certificateurs pour les décès de causes indéterminées quant à l'intention. De plus, la 10<sup>e</sup> révision de la Classification internationale des maladies a conduit à modifier certaines règles de codage à partir de 2000. De telles évolutions expliquent en partie l'augmentation des décès par homicide comptabilisés en 2000 : 71 décès de jeunes de moins de 15 ans (Guillet, 2004).

Il faut enfin rappeler qu'au plan international, la France se distingue, d'une manière générale, par des taux de décès par accident très élevés chez l'enfant. Les résultats portent sur 682 cas hospitaliers et 32 dossiers de parquets : si l'on s'en tient aux signes cliniques et radiologiques évoquant des mauvais traitements, 10 % des enfants accueillis dans les services hospitaliers sur le diagnostic « mort subite du nourrisson » peuvent avoir été victimes de violences intentionnelles, alors que les pédiatres ne proposent ce diagnostic que dans 5 % des cas (Tursz et al., 2002).

## Les violences psychologiques

Abus physiques, violences psychologiques et négligences constituent un problème aussi fréquent que grave. Si le cas des enfants martyrisés est particulièrement préoccupant, il n'en faut pas pour autant négliger ceux, beaucoup plus nombreux, qui souffrent de violences psychologiques et qui ont longtemps été ignorés des statistiques, en vertu des représentations que les gens et les professionnels ont de la maltraitance, notre culture réduisant souvent la maltraitance aux atteintes physiques graves et intentionnelles. Celle qui ne laisse pas de traces, qui est d'ordre psychologique ou affectif, reste la grande absente dans les représentations sociales. D'autant plus que son appréciation peut sembler en partie « subjective » et qu'elle bénéficie fréquemment d'une véritable omerta. Or cette violence existe ! Elle se manifeste à travers

la cruauté mentale, les brimades ou les humiliations. Si certaines de ses manifestations sont évidentes, tels les refus d'affection et autres rejets de l'enfant, d'autres se cachent derrière une apparente bientraitance (exigences scolaires mal adaptées à l'enfant, surentrainement dans un sport, etc.).

À mi-chemin entre violences physiques et violences psychiques, les négligences lourdes se manifestent par un délaissage de l'enfant, se caractérisant par des carences de soins, une mauvaise alimentation et un défaut de protection. Elles sont repérables lors d'un examen clinique à travers divers symptômes tels qu'un retard psychomoteur et/ou des acquisitions et par un ralentissement statural, en particulier en cas de sous-alimentation.

Ces violences psychologiques et affectives sont graves et peuvent avoir des conséquences irrémédiables sur l'enfant, qu'elles soient d'ordre physique, émotionnel ou cognitif. Or, selon une étude déjà ancienne conduite aux États-Unis sur la violence parentale, 2 enfants sur 3 subiraient au moins une fois, en l'espace d'une année, une agression verbale ou symbolique (Vissing et al., 1991). Selon Andrée Fortin (1994, 1995), le taux de prévalence de ces comportements au sein des familles américaines serait de l'ordre de 11 % pour une fréquence annuelle de 25 agressions et plus, voire de 26 % pour une fréquence annuelle de 10 et plus. Au Québec, ces taux seraient encore plus élevés. Fortin signale ainsi que, selon une étude réalisée en 1994 auprès de familles défavorisées, 84 % des pères et 90 % des mères reconnaissaient exercer des violences psychologiques (insultes, injures, menaces, refus de parler) sur au moins un de leurs enfants, voire des violences physiques mineures pour respectivement 74 % et 81 %.

## Du constat à l'abord des violences envers l'enfant

L'environnement familial d'un enfant peut être traumatisant. L'acceptation d'un enfant dépend, en effet, des conditions dans lesquelles s'est déroulée la grossesse maternelle, des circonstances entourant sa naissance, des éventuelles difficultés rencontrées par la mère après la naissance, d'une dépression du postpartum, etc. En outre, la situation psychique des parents, leur situation économique, leur niveau d'insertion sociale et les conditions de leur vie conjugale influencent la façon dont l'enfant est élevé et peuvent être à l'origine de mauvais traitements (Guillet, 2004). Il existe également un lien entre le signalement d'un enfant en danger et la précarisation des familles. C'est ainsi que dans une enquête réalisée à la demande de la Direction de l'action sociale, de l'enfance et de la santé (DASES) de Paris, on constate que la majorité des signalements sont issus de trois arrondissements particulièrement défavorisés. Il faut toutefois moduler ces statistiques, les travailleurs

sociaux semblant moins enclins à visiter les arrondissements plus huppés. La maltraitance concerne en effet tous les milieux sociaux et ses déterminants s'avèrent plutôt d'ordre relationnel qu'économique. Ainsi, les enfants témoins des violences familiales subissent généralement les conséquences de ces actes et ont un risque élevé d'être eux-mêmes maltraités.

Les violences envers l'enfant sont le plus souvent abordées selon une perspective personnaliste, sociologique ou écologique. Le modèle personnaliste cherche à expliquer les abus et négligences par des caractéristiques psychologiques et/ou physiques propres aux individus concernés (adultes abuseurs et enfants abusés). Le modèle sociologique insiste sur le contexte socio-économique prédisposant l'individu à la violence, qu'il s'agisse du chômage, de l'isolement social, de la précarité ou de diverses caractéristiques sociodémographiques des adultes maltraitants. Enfin, le modèle écologique met en avant le rôle de diverses composantes de l'environnement, tels le réseau social, le quartier ou la culture, dans lesquels évoluent abuseurs et victimes (Massé, 1990).

## Perspective personnaliste

C'est ainsi que, selon le premier modèle, les parents maltraitants présenteraient souvent des pathologies psychiatriques acquises ou innées, des états psychologiques perturbés (dépression, alcoolisme) ou, pour le moins, certains traits de personnalité (faible niveau d'empathie, mésestime de soi, asociabilité, rigidité, compulsivité, impulsivité, possessivité, dépendance, manque d'inhibition dans l'expression des frustrations), voire un passé d'enfant ayant lui-même été abusé. Les enfants abusés seraient, quant à eux, fréquemment tracassiers, apathiques, criards et têteux, négatifs, sujets à panique... en un mot, plus difficiles à vivre que les enfants « normaux ». Il s'agirait souvent d'enfants prématurés et/ou malades, parfois atteints de handicaps physiques ou mentaux, qui seraient plus exposés que les autres, à cause de leurs demandes soutenues d'aide et de soutien susceptibles d'entraîner un état de stress chez leurs parents.

## Perspective sociologique

Pour les sociologues, le parent maltraitant est avant tout un produit façonné par le milieu social dans lequel il évolue. Les caractéristiques individuelles ne sont certes pas niées, mais elles sont acquises, générées via les processus de socialisation et d'enculturation. Elles ne conduisent à la violence que lorsque l'individu est placé dans un contexte social stressant. C'est ce contexte qui favorise la violence comme mode d'expression des tensions. Le concept de stress est ici central, la violence faite aux enfants étant alors l'une des formes de son expression et de sa résolution. Ce contexte est souvent associé au

vécu d'expériences d'abus et de négligence dans l'enfance du parent et à la confrontation à un modèle de paternage conférant au père un rôle disciplinaire et aux enfants un rôle de soumission à l'autorité parentale. L'accent est alors mis sur un processus de transmission intergénérationnelle des attitudes et comportements abusifs. Mais ce contexte porte également souvent sur des perturbations de la vie familiale (discorde maritale, instabilité des relations conjugales, désorganisation de la vie quotidienne) et sur l'appartenance à des sous-groupes sociodémographiques et/ou socio-économiques (âge, sexe, classe sociale). On relève ainsi une surreprésentation des jeunes parents et, plus particulièrement, des jeunes mères célibataires et des familles où la grossesse n'était pas désirée. Inexpérience, instabilité conjugale et insécurité seraient ainsi des variables intermédiaires expliquant la violence. Enfin, dans bon nombre de cas, les parents maltraitants appartiennent à un milieu socio-économiquement défavorisé et/ou sont victimes du sous-emploi et du chômage.

## Perspective écologique

Dans la perspective écologique, l'enfant est perçu comme étant le centre d'un ensemble de structures affectant sa vie et contenant chacune des déterminants qui peuvent devenir des facteurs de risque au développement d'une saine relation parent-enfant. Ce modèle met en cause non les compétences parentales, mais les « compétences environnementales » : les qualités du réseau de soutien social des parents, les réactions du voisinage face à des épisodes de maltraitance et diverses composantes de la « culture de la violence » qui caractérise certains milieux. Ce modèle propose un cadre théorique « systémique » qui ne se limite pas à additionner ou à juxtaposer les caractéristiques psychologiques, sociales ou environnementales des familles abusives, mais analyse leurs interrelations. Ainsi, le rôle du chômage dans la genèse d'épisodes de violence n'est pris en compte que dans le contexte des facteurs qui en sont responsables en amont (systèmes économique et politique, idéologie de classe, etc.) et en constituent les conséquences en aval (pauvreté, stress, mésestime de soi, etc.).

L'isolement social est souvent mis en avant : faiblesse des réseaux de soutien des parents abusifs, pauvreté de l'aide disponible. Ces parents ne bénéficiaient pas d'un soutien instrumental (assistance physique, aide matérielle), cognitif (conseil, renforcement positif) ou émotif qui leur permettrait de résister aux stress et aux pressions de l'environnement. Ils seraient privés tant du rôle immunitaire joué par ces réseaux que de l'aide requise pour éviter les récidives.

Les familles s'intègrent par ailleurs dans un quartier, à savoir un voisinage servant de cadre primaire à la vie sociale et culturelle, lieu

d'ancrage social fondant le sentiment d'appartenance communautaire et constituant un élément clé du système de soutien social. Tous les quartiers n'ont pas le même potentiel de soutien social. Ils se distinguent par leur degré de cohésion sociale et par leur capacité à résoudre les problèmes de leurs membres, présentant ainsi plus ou moins de « risque ». Dans certains quartiers, les signalements de cas d'abus sont ainsi généralement faits par le voisinage, alors que dans d'autres, les cas ne sont rapportés que par des sources institutionnelles telles que les écoles, les centres de soin, etc. Dans les premiers, les enfants sont généralement « suivis » par les parents, ne sont pas laissés seuls à la maison, sont encadrés. C'est plus rarement le cas dans les seconds. Il faut toutefois remarquer que ce n'est pas le fait d'être économiquement défavorisé qui constitue le risque majeur pour un quartier, mais plutôt son « appauvrissement social » ; c'est moins le niveau socio-économique que l'isolement social des parents, leurs conditions de logement, l'absence d'infrastructure de loisirs, de crèches, de lieux de vie conviviaux, de facilités de transport qui rendent ces quartiers à risque.

Le modèle écologique met enfin l'accent sur l'influence de diverses composantes de la culture dans laquelle évolue la relation parent-enfant. Les attitudes parentales consistant à considérer l'enfant comme un bien dont ils seraient propriétaires, les idéologies sexistes responsabilisant la mère et non le père pour ce qui concerne les soins et l'éducation des enfants et cantonnant le père dans son rôle autoritaire et disciplinaire, et l'immunité dont jouit le territoire familial comme bastion infranchissable de l'intimité constituent les composantes qui font de l'environnement culturel un facteur de risque d'abus et de négligences. Ces valeurs et ces idéologies sont, de plus, souvent réinterprétées et adaptées par les diverses sous-cultures en présence, fluctuant ainsi considérablement. Les divers groupes ethnoculturels présentent ainsi des attitudes et des comportements reliés à l'éducation des enfants susceptibles de générer des malentendus avec les intervenants professionnels. Les conceptions culturelles des limites à respecter dans le recours à la discipline physique peuvent même conduire certains parents à se sentir « persécutés » par les intervenants issus du groupe majoritaire.

Cette perspective prend enfin en compte l'influence de la « culture de la violence » dans laquelle baigne la société à travers le cinéma, la télévision, les journaux qui l'inondent d'images de violence, présentant celle-ci comme un mode privilégié de résolution des tensions et conflits.

## Pour une articulation des modèles

Le modèle personnaliste tend à culpabiliser les parents, ce que ne font pas, ou à un bien moindre niveau, les deux autres perspectives qui mettent en cause les caractéristiques de l'environnement social et culturel.

On observe, en quelque sorte, dans le passage de l'un aux autres, un transfert des responsabilités des compétences parentales aux compétences environnementales. La violence faite aux enfants apparaît alors non comme un phénomène marginal généré par des variables « causales » mettant en cause les parents maltraitants, mais comme un phénomène que l'on constaterait au cœur de la vie quotidienne d'une niche sociale.

Peut-être serait-il bon de pouvoir articuler ces trois perspectives en s'intéressant, dans le cadre du vécu des familles, à ce qui fait lien entre les compétences des parents, le réseau de soutien, les conditions de logement, les composantes des sous-cultures, etc. Mais ce type d'approche est-il accessible aux enquêtes par questionnaire et ne nécessite-t-il pas des approches plus qualitatives, associant entretiens et observations participantes ? Le modèle écologique identifie clairement l'influence de l'environnement culturel, mais cette préoccupation, dit Massé, ne se traduit que par peu de travaux empiriques et de réflexion théorique sur l'empreinte de la culture de la violence sur les conceptions populaires de la violence, de l'autorité parentale, du rôle du père, de la discipline et des approches éducatives. Ne faudrait-il pas, dès lors, prendre en compte un ensemble de facteurs micro-, méso- et macrosystémiques ?

## **Un besoin d'outils structurés permettant l'abord des violences**

Il a été relevé plus haut que devant la recrudescence des faits de violence envers les enfants, certains États américains ont adopté des lois qui permettaient aux services de protection de l'enfant de rejeter des rapports sans enquête approfondie, conduisant à des différences considérables entre les États et les programmes locaux. Il résultait d'une telle situation un besoin pressant d'outils structurés de prise de décisions, qui puissent réduire cette subjectivité. Dans ce but, Johnson et Clancy (1988) ainsi que Wells et Anderson (1992) ont insisté sur le besoin de modèles empirique permettant de prévoir la probabilité de corroboration des renseignements disponibles lors de la production du rapport. Si les facteurs prévisionnels mis en avant par les chercheurs diffèrent, leurs conclusions suggèrent que des modèles empiriques sont nécessaires en ce qui concerne la violence physique, l'abus sexuel et la négligence, et que ces modèles prédisent mieux la corroboration des rapports que les décisions prises individuellement par les travailleurs sociaux.

C'est dans ce contexte que Zuravin (2001) a pris pour objectif d'élaborer des modèles qui, pour la violence physique, l'abus sexuel et la négligence, puissent dépasser l'efficacité prédictive de ceux développés

antérieurement. Dans l'Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants, elle propose une base de données permettant de traiter des sujets pertinents pour les enfants, les familles et les situations portés à l'attention des services de protection de l'enfant. Elle vise à présenter un éventail des facteurs prévisionnels de l'abus sexuel, de la violence physique, de la négligence et de la violence psychologique.

## Facteurs fondant la décision des travailleurs sociaux

Zuravin s'intéresse dans un premier temps aux facteurs fondant la décision des travailleurs sociaux de rapporter à propos de la violence subie par un enfant. Elle relève dix indicateurs pouvant être prévisionnels. Trois d'entre eux ressortent de la majorité des travaux qu'elle recense aux États-Unis : l'identité de l'informateur (anonyme, non-professionnel, professionnel de service social ou personnel de santé), l'existence d'antécédents de violence dans la famille et un éventuel signalement antérieur concernant le même enfant. Sept autres indicateurs sont fondés sur les recommandations de Wells et Anderson (1992) et de Zuravin et al. (1995) : le fait que l'une des personnes prenant soin de l'enfant ou les deux aient elles-mêmes été maltraitées dans leur enfance, l'existence de violences conjugales, le dysfonctionnement psychologique des parents, le niveau socio-économique de la famille, le fonctionnement de l'enfant, l'auteur présumé (extrafamilial, inconnu ou intrafamilial) et les sévices causés par la violence (aucun, ecchymoses, coupures/écorchures, brûlures/échaudures, fractures, traumatisme crânien, décès).

## Facteurs permettant de prévoir le bénéfice d'un placement

Zuravin s'intéresse, dans un second temps, aux facteurs permettant de prévoir qu'un enfant bénéficiera ou non d'un placement dans un centre de soins. Le processus de prise de décision des services de protection de l'enfant est animé par l'objectif de protection des enfants contre tous les types de violence. Parmi les options d'interventions susceptibles d'atteindre cet objectif, le placement est la mesure la plus radicale, à cause de son coût pour la société et des effets de désorganisation pour l'enfant et la famille. Les décisions peuvent être sujettes à caution, à des partis pris individuels et à d'autres facteurs idiosyncrasiques. Des modèles, généralement cliniques, ont permis d'identifier les critères dont il faut tenir compte lors d'une décision de placement. Ces critères peuvent s'organiser selon six domaines : l'enfant, le parent, la famille, l'environnement, la nature des violences et les facteurs prévisionnels d'intervention (Depanfilis et Scannapieco, 1994).

Certaines études se sont plutôt penchées sur l'identification des caractéristiques des travailleurs sociaux associés au placement, alors que d'autres ont porté essentiellement sur les caractéristiques de la famille, de l'environnement et des violences. En l'absence de théorie pour guider le choix, onze facteurs prévisionnels ont été proposés par Zuravin en fonction de ceux retenus dans ses travaux antérieurs, principalement ceux de l'étude qu'elle a conduite avec Depanfilis en 1997. Ces indicateurs peuvent se regrouper selon trois domaines : démographie et caractéristiques de la famille ou des personnes prenant soin des enfants, fonctionnement des parents et caractéristiques de la violence. Quatre variables sont prises en compte dans le domaine de la démographie et des caractéristiques familiales : l'estimation du revenu, l'origine ethnoculturelle, les mauvaises conditions de logement et le fait d'avoir déménagé au cours des 6 derniers mois. Deux indicateurs entrent dans le domaine du fonctionnement parental : l'existence de violences conjugales et le fonctionnement psychique de la personne qui prend soin des enfants. Cinq variables sont enfin retenues dans le domaine des caractéristiques de la violence : le type principal de violence (psychologique, négligence, violence physique et abus sexuel), le nombre de types de violence, la persistance de la violence (incident unique, plusieurs en moins de 6 mois, en plus de 6 mois), la nature des sévices physiques (aucun, ecchymoses, coupures/écorchures, brûlures/échaudures, fractures, traumatisme crânien) et l'existence de rapports antérieurs au placement pour le même enfant.

## La nécessité d'outils de prévention

Comme le remarque Fortin (1995), l'étendue et les coûts sociaux de cette violence exercée par les parents à l'endroit de l'enfant soulignent l'urgence de se doter d'outils de prévention et d'intervention psychosociale efficaces. Les conséquences de ces violences sont en effet particulièrement lourdes. Certaines sont d'ordre physique – énurésie, encoprésie, perte d'appétit –, d'autres sont d'ordre émotionnel – dépendance, dépressivité, conduites de retrait –, d'autres encore d'ordre cognitif – incomptérence, retard intellectuel et/ou comportemental – délinquance, agressivité, prostitution. On relève également des difficultés d'attention et de persévérance, un manque de contrôle de soi, des conduites agressives, des difficultés relationnelles, mais aussi des sentiments de culpabilité, des conduites autodestructrices et surtout une profonde détresse.

Nombre de cas d'enfants maltraités ne sont connus des services sociaux qu'avec beaucoup de retard. Nombre d'autres ne sont pas détectés. Il s'ensuit que la prise en charge d'enfants maltraités ne concerne qu'une partie des jeunes victimes. À défaut de pouvoir intervenir rapidement dans tous les cas de maltraitance, il s'avère d'une urgence certaine d'en

prévenir la mise en acte (Emery, 1989), cette prévention pouvant s'effectuer au niveau de familles connues pour présenter un risque particulier de danger pour l'enfant. Mais elle peut également intervenir auprès de populations que des interventions psychosociales de masse, par la voie des médias, pourraient aider à mieux intégrer ce que l'on peut et ne peut faire à un enfant.

De telles opérations, remarque Fortin, doivent, pour être efficaces, prendre en compte les croyances et les représentations qu'ont les parents de la violence envers l'enfant, croyances et représentations qui les conduisent éventuellement à en justifier l'usage. Parmi les facteurs de risque susceptibles de prédire le recours à la violence, cette justification, peu étudiée jusqu'aux années 1995, s'avère cependant particulièrement intéressante dans la mesure où elle peut conduire les parents sinon à excuser systématiquement la violence, du moins à la rendre acceptable, conduisant même parfois à en tenir l'enfant responsable.

## **Outre la maltraitance, une violence ordinaire que l'on justifie**

En deçà de maltraitances caractérisées, l'on constate un certain nombre de pratiques familiales valorisant un contrôle disciplinaire s'appuyant, s'il le faut, sur des punitions physiques. À 5 ans d'intervalle, en 1999 et 2004, deux enquêtes relatives aux violences familiales dans la vie des enfants au Québec apportent des résultats assez semblables allant dans le sens d'une violence assez bien acceptée à l'encontre des enfants (Jetté et al., 1999 ; Clément et al., 2005).

En 1999, 8 mères sur 10 trouvent que les parents sont trop « mous » avec leurs enfants, 3 sur 4 conçoivent que l'on puisse arriver à blesser un enfant en le frappant, et la moitié prétendent que c'est malgré tout le devoir des parents de recourir à ce type de châtiment corporel. Deux tiers d'entre elles disent de plus qu'elles seraient en désaccord avec une loi qui, comme en Suède, interdirait le recours aux punitions physiques. Elles ne sont que 4 sur 10 à désapprouver les fessées. Enfin, plus les mères expriment leur approbation des valeurs disciplinaires traditionnelles, plus leurs enfants sont amenés à vivre des épisodes de violence chez eux.

La probabilité d'être agressé par ses parents augmente notamment avec le fait d'appartenir à une famille qui se perçoit comme *pauvre* ou à une famille où les parents entretiennent des rapports conflictuels. La violence physique est également plus prévalente à l'égard des garçons et dans les familles nombreuses. Cette prévalence se constate aussi dans les familles dont les grands-parents usaient de violence dans leurs relations avec leurs enfants. Enfin, la juxtaposition des types de violence permet

de constater que les enfants faisant l'objet de violences psychologiques présentent davantage de risque d'être exposés à de la violence physique mineure ou sévère.

En 2004, une enquête réalisée par l'Institut de la statistique du Québec révèle que 98 % des enfants bénéficient de stratégies disciplinaires non violentes. Il n'en est pas moins vrai que 8 enfants sur 10 ont subi au moins un épisode annuel d'agression psychologique (tel que hurler après l'enfant, l'insulter, le menacer sans passer à l'acte), que 1 enfant sur 2 en a connu au moins trois. Quatre jeunes sur dix ont connu des violences mineures (fessées, tapes sur le bras ou la main) dont la moitié de façon réitérée et 6 % des violences plus graves, des gifles, par exemple. Ces violences sont cumulatives : 1 enfant sur 3 a ainsi été confronté à des agressions psychologiques et physiques mineures et 5 % l'ont été aux trois formes de violences. L'enquête a également permis de constater que si les violences graves s'avéraient stables au cours des 5 années écoulées, les violences physiques mineures diminuaient légèrement en fréquence alors que les agressions psychologiques répétées tendaient à augmenter. Ces résultats peuvent être rapprochés d'un autre constat de cette enquête, selon lequel 8 parents québécois sur 10 pensent que « les parents sont trop *mous* avec leurs enfants ». Ils sont cependant moins favorables aux châtiments corporels que quelques années plus tôt. Les pères sont dans l'ensemble moins tolérants que les mères, plus favorables à l'usage de la force pour se faire respecter et moins sévères à l'égard des parents qui frappent leurs enfants. Enfin, ce sont les garçons qui subissent le plus d'agressions tant psychologiques que physiques, ainsi que les jeunes entre 7 et 10 ans, et certaines caractéristiques parentales semblent prédisposer à la violence envers l'enfant : le fait d'avoir été soi-même un enfant battu, le stress, le fait d'attribuer à l'enfant le mérite de ce qu'il subit de par son comportement.

Il faut noter que les situations peuvent être paradoxales. Les liens d'attachement qui tissent les relations entre les membres des familles violentes sont en effet souvent sous-estimés. Amour et haine se succèdent et les forces d'attraction sont parfois aussi intenses que les forces répulsives, pouvant même s'exacerber réciproquement. Des parents peuvent aimer un enfant qu'ils maltraitent. Certes, cet attachement prend sa source dans l'insécurité et peut avoir valeur de réparation. Il n'en existe pas moins. C'est parfois l'espoir de réparer des expériences passées de rejet parental qui rend le parent maltraitant. L'enfant maltraité qui résiste à un placement et ne veut pas quitter ses parents malgré le danger qu'ils représentent pour lui illustre bien cette existence de relations affectives établies. De même, certaines maltraitances s'avèrent masquées par un trop-plein d'amour, comme dans le cas du *syndrome de Münchhausen par procuration*. Cette forme particulière de maltraitance

consiste à ce qu'une mère induise volontairement des symptômes physiques ou psychiques chez son enfant, tout en affirmant ne pas en connaître les causes, afin que les médecins interviennent sur lui par des investigations et traitements diversifiés. Les professionnels de l'enfance admettent difficilement qu'une mère puisse infliger de tels sévices tout en donnant une apparence de « bonne » mère. Celles-ci agiraient de la sorte pour que les soignants reconnaissent leur statut de mère attentive et soucieuse du bien-être de l'enfant. On peut trouver dans leur histoire des carences affectives, voire un passé d'enfant maltraité. La victime ne contredit généralement pas les fabulations maternelles, parler lui semblant commettre une trahison pouvant entraîner son abandon (Fénelon, 1998).

## Mesurer la justification de la violence envers l'enfant

L'approche préventive mise au point au Québec par Andrée Fortin en 1994, à partir d'une *Mesure de la justification de la violence envers l'enfant (MJVE)*, est particulièrement intéressante. Cet outil permet d'identifier les éléments de justification utilisés par les parents pour excuser la violence envers leur enfant. Il a fait l'objet de nombreuses études auprès de parents québécois et français, dont les résultats montrent que la plupart des familles justifient, dans une certaine mesure, la violence envers l'enfant en s'appuyant sur une conception restreinte de cette violence, en adhérant à des croyances qui ont pour effet de la banaliser et en se déresponsabilisant face à cette violence, voire en attribuant la responsabilité (le blâme) à l'enfant lui-même.

## Un modèle écologique

Fortin reprend là le concept de justification déjà partiellement pris en compte pour aborder les violences faites aux enfants, recensant un grand nombre de travaux qui avaient mis au jour les biais d'attribution des parents « abuseurs », mais aussi les mythes dénigrant l'enfant et les croyances religieuses ou éducatives susceptibles de légitimer les violences parentales. Elle s'appuie également sur les travaux de Strauss et al. (1980) qui ont mis en relation la justification de la violence avec sa conception restreinte. S'adossant à cette analyse, à celle de la justification des préjugés et des stéréotypes d'Aronson (1988) et à la définition d'Auger relative à la justification de la violence conjugale, Fortin construit une mesure de la justification des violences envers l'enfant. Cette approche se fonde sur un modèle écologique postulant que les maltraitances résultent d'une interrelation complexe de facteurs situés à différents niveaux systémiques. Sont ainsi pris en compte :

- l'*ontosystème*, qui regroupe les facteurs individuels favorisant la transmission intergénérationnelle de la violence (déficit développemental du parent, absence de stratégies adaptatives de gestion des conflits, etc.) ;
- le *microsystème*, qui fait référence aux influences des caractéristiques familiales sur la violence (nombre important d'enfants, conflits conjugaux, etc.) ;
- le *mésosystème*, qui a trait à l'influence d'un microsystème sur un autre (impact des tensions familiales sur l'insertion scolaire, du stress professionnel sur les conflits conjugaux, etc.) ;
- l'*exosystème*, qui inclut les stresseurs sociaux (chômage, mauvaises conditions de travail, etc.) ;
- le *macrosystème*, qui a trait aux valeurs, croyances et idéologies (approbation des châtiments corporels, croyance au rôle patriarchal du père, etc.) ;
- le *chronosystème*, qui est associé aux conditions temporelles caractérisant les événements pouvant entraîner des violences familiales (perte de l'emploi, naissance d'un enfant, etc.).

Fortin parvient ainsi à élaborer un outil fondé sur la *justification* de la violence dans le double but de dépister les parents maltraitant leur enfant et d'élaborer des programmes en matière de prévention des violences familiales. Son abord de la justification se réfère alors à une perspective ontosystémique dans la mesure où il s'effectue au niveau individuel. Mais la justification y est également interprétée à un niveau macrosystémique, à travers les croyances et valeurs collectives sous-jacentes.

La comparaison de parents français et québécois a permis de vérifier la stabilité transculturelle de la MJVE et révélé la sensibilité de l'outil aux différences interculturelles. Des études menées tant auprès de parents « ordinaires » que de familles en difficulté montrent que le niveau de justification de la violence envers l'enfant contribue à spécifier des profils de risque de violence physique mineure ou sévère envers l'enfant.

### Trois composantes : cognitive, évaluative et attributive

Trois composantes sont retenues par Fortin : une *composante cognitive* qui se manifeste par des croyances que certaines formes de violence n'en sont pas, une *composante évaluative* qui transparaît de l'adhésion à des mythes banalisant et tolérant les violences, et une *composante attributive* regroupant les explications de la violence qui innocentent l'agresseur ou, pour le moins, nient sa responsabilité. Ces trois composantes sont reprises à travers la conception restreinte de la violence faite à l'enfant, sa tolérance et son attribution biaisée.

La conception limitée aux seules violences physiques est toujours fréquente à notre époque, comme le montre le fait que certaines punitions et coercitions utilisées à l'encontre des enfants ou que certaines violences psychologiques ne sont pas vécues comme telles par ceux qui les pratiquent. La conception qu'ont les parents de la violence est alors abordée par Fortin tant à travers les formes subtiles et insidieuses de la violence psychologique qu'à travers des violences physiques plus évidentes et plus excessives. Les items relatifs aux violences physiques sont inspirés d'observations cliniques et de mesures de recours à la violence existantes. Ils se répartissent en deux groupes : abus majeurs pouvant comporter des conséquences graves (coup de pied, de poing, etc.) et abus mineurs ne laissant pas de marques apparentes (gifle, fessée, etc.). Les items relatifs aux violences psychologiques se répartissent en trois catégories également inspirées d'observations cliniques : le rejet ou le dénigrement, la menace ou le terrorisme et l'isolement.

La tolérance de la violence tend à la banaliser et à la rendre cognitivement acceptable, sinon désirable. Celle-ci se fonde sur une pédagogie percevant l'enfant comme un être manipulateur et agressif, voire asocial, que les parents ont pour devoir de corriger. Il n'y aurait de mauvais traitement que lorsque les parents le sanctionnent au-delà des normes consensuelles de leur milieu. La mesure de la tolérance est inspirée des travaux de [Touliatos et al. \(1990\)](#) relatifs aux pratiques éducatives autoritaires. Quatre catégories sont prises en compte :

- mythes dénigrant l'enfant : « Ils n'ont pas de limites » ;
- cautionnant le recours à la force dans l'éducation : « On frappe un enfant pour son bien » ;
- valorisant l'autorité parentale : « Un enfant a besoin d'autorité pour se sentir bien » ;
- ou minimisant le fait en l'associant à d'autres groupes sociaux : « Ce sont les... qui sont violents avec leurs enfants ».

[Fincham et Schultz \(1981\)](#) ont montré que les attributions causales de la responsabilité et du blâme de l'enfant pouvaient être associées à sa punition. Cette punition peut aussi se trouver banalisée par les parents à partir du comportement supposé provocateur de l'enfant. Ainsi certaines situations de violences parentales peuvent-elles être « justifiées » à partir de caractéristiques internes et quasi permanentes du parent (« Il est malade mental ») ou de caractéristiques circonstancielles (« Il est saoul ») qui nierait la responsabilité. Le parent peut également être innocenté par des arguments selon lesquels il agirait dans l'intérêt de la victime : « C'est pour son bien. » D'autres faits peuvent être évoqués, introduisant la personnalité de l'enfant (« Il est très difficile ») ou son comportement (« Avec ce qu'il a fait... il l'a bien mérité »).

Les travaux de Fortin visent donc à « identifier les croyances, les attitudes et les explications qui permettent aux parents de justifier la violence envers l'enfant et, ce faisant, de l'accepter, de la cautionner socialement et d'y recourir sans tenter d'y remédier » (1994, p. 5).

## L'échelle mise au point par Fortin

La MJVE a été construite à partir d'un ensemble de 93 items répartis selon les trois composantes évoquées – 37 liés à la conception, 35 à la tolérance et 21 à l'attribution. L'épreuve a été réduite de 93 à 43 items sur la base d'analyses factorielles préliminaires. L'instrument a ainsi été épuré pour ne conserver que les items favorisant la présence d'une structure factorielle claire et cohérente sur le plan conceptuel. L'étude de validité a été menée auprès de 284 parents d'enfants âgés entre 6 et 12 ans. Ces items se présentent sous la forme de propositions que le parent doit évaluer à partir d'échelles en sept points, de type Likert. Ils sont regroupés sur six échelles qui expliquent la moitié de la variance totale :

- trois facteurs se réfèrent à une conception limitée de la violence et portent sur des violences psychologiques : le rejet ou le dénigrement de l'enfant (RE), son isolement (IS) et son intimidation par des violences physiques mineures ou des menaces (IN) ;
- un autre est relatif à la tolérance (TO) et a trait aux mythes tolérant la violence familiale et valorisant l'autorité ;
- et deux concernent enfin l'attribution, portant à la fois sur la non-responsabilité des parents (NR) et sur le blâme de l'enfant (BE).

L'ensemble des saturations internes des items sur le facteur qui leur est associé sont supérieures à 0,35. Les coefficients de cohérence interne des différentes échelles varient entre 0,75 et 0,93, l'indice alpha s'élevant à 0,91 pour l'ensemble de la mesure (Fortin, 1995).

Plusieurs travaux ont permis la validation de la MJVE. Les uns, menés auprès de 612 parents, ont évalué la validité du modèle par une analyse factorielle confirmatoire, vérifié la fidélité de l'instrument à l'aide de coefficients de cohérence interne et étudié la contribution des variables sociodémographiques (Fortin, 1995). Une étude conduite auprès de 92 parents a permis d'évaluer la stabilité temporelle de l'instrument et son niveau de contamination par la désirabilité sociale ; elle a également contrôlé la contribution des variables sociodémographiques (Fortin et Lachance, 1996).

Des études ont également montré que la justification de la violence envers l'enfant était bien associée au recours à cette violence, une recherche portant sur 127 parents issus de familles distinctes permettant de mettre en relation la justification avec le degré de sévérité de la coercition physique exercée par les parents à l'encontre de leurs enfants. Le niveau de justification conduit ainsi à distinguer trois groupes de

parents : ceux n'exerçant pas de coercition physique envers l'enfant, ceux qui recourent aux punitions corporelles (violences mineures) et ceux qui présentent des conduites abusives (violences sévères) [Fortin et al., 2000]. Les résultats d'une autre étude, conduite auprès d'une population de 41 mères à haut risque de violence envers l'enfant, elles-mêmes victimes de violence conjugale, montrent également que cette justification apporte une contribution spécifique et indépendante de celle d'autres facteurs connus de risque de violence. Cette contribution semble particulièrement liée à l'une des trois dimensions de la justification : la tolérance (Duhamel et Fortin, 2004). Enfin, des travaux plus récents ont permis de montrer les relations pouvant exister entre la violence conjugale et la violence faite aux enfants (Chamberland et al., 2007).

## L'application aux professionnels

La MJVE est depuis 15 ans reconnue et utilisée au Québec. L'intérêt d'une telle épreuve dépasse les frontières du Canada et de l'Amérique du Nord. C'est cet outil qui, à d'infimes modifications linguistiques près, a été transposé des parents aux professionnels pour être appliqué dans cette étude, l'objectif étant non d'identifier des risques de maltraitance chez les professionnels interrogés, mais de mettre au jour leurs conceptions et éventuelles justifications de la violence envers l'enfant.

Comme le remarque Annick Cartron au chapitre 2 de cet ouvrage, l'histoire personnelle des professionnels est susceptible d'influencer sur leurs représentations et conduites, et ce en particulier lorsqu'ils sont confrontés à des situations d'enfants en danger. Leurs conceptions et justifications de la violence envers l'enfant s'avèrent alors susceptibles d'influencer leur prise en charge de ces situations. La manière dont ils les évaluent et les traitent va dépendre de la manière dont ils perçoivent les violences subies par l'enfant, leur gravité, les motivations qui en sont à l'origine et ce qui pourrait éventuellement, sinon les excuser, du moins permettre de les comprendre.

Connaître leurs conceptions et justifications éventuelles de la violence envers l'enfant et leur possible influence sur leurs décisions et actions face aux situations peut alors permettre de déterminer quels compléments de formation seraient nécessaires pour les aider à mieux traiter ces situations par un travail sur eux-mêmes les conduisant à mieux comprendre ce qui motive leurs actions.

# CHAPITRE 4

## Présentation de l'étude

Pierre G. Coslin

Lorsqu'un intervenant est en contact avec un enfant maltraité, ses affects, ses représentations, *ses théories implicites* peuvent permettre de comprendre comment il évalue les maltraitances auxquelles il est confronté, la gravité de leurs effets et les motivations de l'auteur des actes. De telles théories peuvent influencer ses pratiques de repérage, de signalement et de prise en charge.

### Objectifs et hypothèses

Trois raisons nous incitent alors à étudier quelles sont et sur quoi se fondent ces représentations des professionnels intervenant auprès de l'enfance en danger :

- les réactions des professionnels face à la violence sont potentiellement déterminées par leur histoire personnelle et professionnelle ;
- leurs pratiques, lors de leurs interventions auprès de l'enfance en danger, sont en lien avec leurs représentations et théories implicites ;
- les programmes de formation professionnelle ne peuvent être organisés qu'en pleine connaissance des théories implicites des professionnels et des résistances qu'elles peuvent générer.

Cette étude a pour objet de mettre au jour les théories de ces intervenants à propos de la maltraitance et de la bientraitance de l'enfant. Elle vise plus précisément à répondre à plusieurs questions :

- dans quelle mesure ces théories sont-elles en relation avec les pratiques mises en œuvre par les professionnels ?
- peuvent-elles affecter leurs modalités de prise en charge des enfants ?
- les explications données aux conduites des enfants, les comportements parentaux qu'ils valorisent peuvent-ils influencer leurs pratiques ?

- les explications accordées aux pratiques éducatives des parents le peuvent-elles ?

Nous émettons l'hypothèse que la théorie de l'intervenant sur tel ou tel aspect de la maltraitance a un effet sur ses pratiques de repérage, de signalement et de prise en charge. Héritiers de leur propre trajectoire et de leur formation, les professionnels ont des représentations relatives à la violence (à sa conception, à ce qui pourrait la « justifier ») qui ne peuvent être considérées isolément des autres représentations qu'ils ont à propos de l'enfant et de ses caractéristiques personnelles qu'ils valorisent, comme des comportements parentaux qu'ils approuvent et des pratiques éducatives qu'ils jugent adéquates.

Nous posons donc que lorsqu'un intervenant est en contact avec un enfant maltraité, la part de ses affects, eux-mêmes associés à son histoire personnelle, à sa propre enfance, aux formations dont il a bénéficié et à son identité professionnelle, mais aussi celle de ses théories implicites, peut permettre de comprendre comment il évalue tel ou tel type de maltraitance, la gravité de ses effets et les motivations de l'auteur des actes.

## Représentation schématique de l'étude

La figure 4.1 illustre comment la résonance des formations du professionnel, son histoire personnelle et son identité professionnelle influent sur sa perception et son traitement des situations auxquelles il est confronté dans un contexte social, ce tant à travers sa conception de la violence qu'à travers ses représentations valorisées des caractéristiques de l'enfant, des comportements parentaux et des pratiques éducatives adéquates.

La présente étude cherche donc à :

- identifier la conception de la violence faite aux enfants et ce qui peut éventuellement la « justifier » chez les intervenants auprès de l'enfance en risque ;
- mettre au jour leurs représentations des caractéristiques personnelles qu'ils valorisent chez l'enfant ;
- identifier les comportements parentaux qu'ils jugent appropriés à la bonne éducation de l'enfant ;
- déterminer les pratiques éducatives qu'ils jugent les plus adéquates ;
- évaluer en quoi les interactions de ces trois champs représentationnels peuvent affecter le vécu des situations auxquelles les professionnels sont confrontés et les pratiques qu'ils mettent alors en œuvre.

## Méthodologie

Afin de mettre au jour les représentations des intervenants auprès de l'enfance en danger et de préciser les liens entre représentations et pratiques, différents professionnels ont été soumis à quatre questionnaires et à un entretien semi-directif.

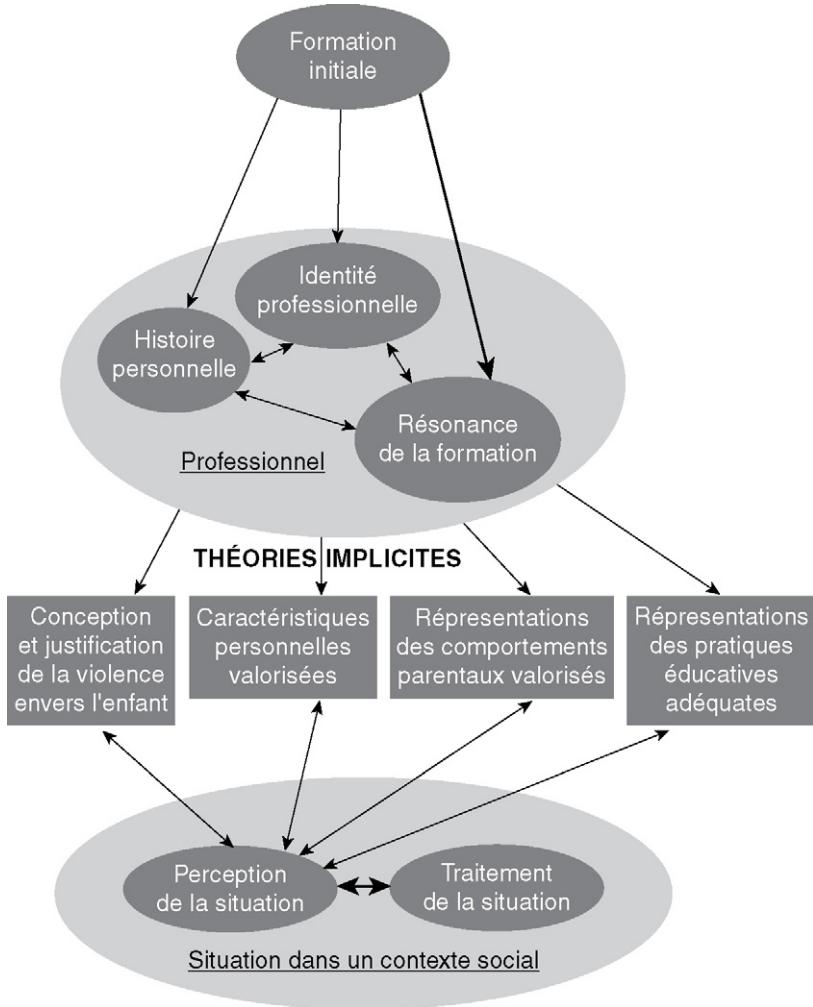


FIGURE 4.1. Influences des théories implicites sur la perception et le traitement des situations.

## La procédure

Les professionnels retenus ont été recrutés, pour la plupart, sur des terrains connus des membres de l'équipe de recherche, mais n'ont pas été interrogés par les chercheurs avec lesquels ils étaient en relations professionnelles. Il leur a été proposé de passer une batterie de quatre questionnaires. Certains d'entre eux (de l'ordre de 1 sur 5, en moyenne) ont de plus été entendus en entretien semi-directif conduit par un

psychologue. Le volontariat et l'anonymat ont été strictement respectés, les sujets étant informés de l'objectif de la recherche et pouvant refuser d'y participer ou se retirer en cours de passation.

Quatre questionnaires ont été élaborés : le premier est relatif à la conception de la violence faite aux enfants et aux « justifications » pouvant lui être associées ; les trois autres, aux théories implicites (caractéristiques personnelles valorisées chez l'enfant, comportements parentaux valorisés, pratiques éducatives jugées adéquates).

Une première version des questionnaires a été testée sur des échantillons d'étudiants en psychologie et de gendarmes. La mise en forme définitive a été réalisée par un groupe de chercheurs en psychologie clinique, psychologie du développement, psychologie interculturelle et psychologie sociale, un écoutant de téléphonie médico-sociale et des psychologues cliniciens, constituant l'équipe chargée de la conception et du suivi de cette étude.

## Les professionnels

Les professionnels qui interviennent dans le champ de l'enfance et peuvent être confrontés à des situations les conduisant à signaler ou à traiter des cas de maltraitance sont nombreux. Il s'agit entre autres :

- des écoutants de téléphonie médico-sociale ;
- des professeurs des écoles ;
- des médecins ;
- des psychologues ;
- des travailleurs sociaux ;
- des policiers ou gendarmes.

Il était également prévu à l'origine de rencontrer des magistrats (juges d'enfants, juges des affaires familiales, substituts du tribunal pour enfants, etc.), mais il ne fut pas possible de constituer un échantillon d'effectif suffisant.

Pour chaque profession, les questionnaires ont été passés le plus souvent en situation individuelle. Le nombre de sujets varie légèrement d'une profession à l'autre, de l'ordre de la cinquantaine, en moyenne. Une dizaine de professionnels ont été retenus dans chaque groupe pour un entretien approfondi sur la base du volontariat.

La participation des sujets s'est avérée plus ou moins difficile selon les champs professionnels, facilitée lorsque leur terrain est habituellement accessible aux chercheurs de l'équipe (Institut universitaire de formation des maîtres [IUFM], Institut universitaire de technologie en carrières sociales, etc.).

Elle s'est avérée particulièrement ardue pour les policiers et les gendarmes. Seule une recherche par questionnaire a pu être menée à bien auprès des gendarmes.

C'est ainsi que nous avons obtenu 309 questionnaires et 55 entretiens :

- écoutants de téléphonie médico-sociale : 46 questionnaires et 10 entretiens ;
- professeurs des écoles : 65 questionnaires et 10 entretiens ;
- médecins : 50 questionnaires et 8 entretiens ;
- psychologues : 41 questionnaires et 17 entretiens ;
- assistants des services sociaux : 64 questionnaires et 10 entretiens ;
- gendarmes : 43 questionnaires.

### **Les écoutants de téléphonie médico-sociale**

Les écoutants de téléphonie médico-sociale ont pour mission la protection des mineurs et la prévention des maltraitances. Ils sont confrontés à différentes formes de maltraitance exposées par téléphone, à partir desquelles ils doivent réagir très vite, ce qui peut être difficile à gérer. Ils sont d'origines professionnelles multiples : juristes, éducateurs, psychologues, travailleurs sociaux, etc., d'où la nécessité de distinguer ce qui peut être mis en relation avec leur formation spécifique d'écouteant de ce qui tient à leurs formations antérieures. Beaucoup d'entre eux sont recrutés parmi les jeunes diplômés en psychologie ou en droit qui, en recherche d'emploi et n'étant pas sûrs de trouver rapidement une place correspondant à leur formation initiale, s'engagent pour un temps dans ces organismes de téléphonie.

Les écoutants travaillent au sein d'une équipe, le plus souvent par plages de 4 ou 5 heures, l'équipe étant installée sur un plateau ou en bureau avec un ordinateur par écoutant – pour la prise de notes lors de chaque appel. Lorsqu'ils entrent en situation d'écoute, ils annoncent l'intitulé du service, puis laissent s'exprimer l'appelant sans proposer de réponse immédiate. Grâce à leur formation à l'entretien, les écoutants relancent l'appelant pour qu'il pose clairement sa demande. Ils recueillent alors un nombre d'informations suffisant pour leur permettre d'analyser la situation, de donner à l'appelant les informations qu'il recherche, de l'orienter si besoin, voire d'établir un signalement. Si, la plupart du temps, ils travaillent seuls, ils appartiennent à un collectif qui les conduit à collaborer avec leurs collègues. Ils peuvent également être amenés à échanger avec eux si l'appel est difficile.

Les écoutants sont régulièrement conviés à des réunions de régulation (ou réunions de supervision) généralement pilotées par un psychanalyste (psychologue ou psychiatre). Il s'agit d'un espace de parole qui leur permet de se libérer des appels difficiles, d'obtenir un éclairage sur la situation concernant le comportement de l'appelant. Ils peuvent également être amenés à informer d'autres professionnels sur leur travail. Pour assurer une bonne écoute, ils doivent montrer des qualités d'empathie, une maîtrise de soi, des capacités à rebondir sur des situations difficiles

et à adapter leur discours selon leur interlocuteur, ainsi qu'à faire preuve de capacité d'analyse de leurs propres pratiques ou de la problématique traitée par le service, et ils doivent être capables de prendre du recul.

Plusieurs services ont participé à l'étude : le Service national d'accueil téléphonique pour l'enfance en danger (SNATED), le « Fil Santé Jeunes » (École des Parents), Enfance et partage, et le Point Écoute de Boulogne-Billancourt.

### **Les professeurs des écoles**

Dans le cadre de leurs activités professionnelles, les professeurs des écoles peuvent être confrontés au phénomène de la maltraitance. Ils sont susceptibles d'accueillir dans leurs classes des enfants en danger, voire maltraités. Suivant leurs élèves pendant une ou plusieurs années, ils peuvent être amenés à observer des traces laissées par des violences physiques subies par ces élèves au sein de leur famille. Ils se réfèrent alors à des normes collectives sociétales (qui évoluent avec le temps) et aux textes réglementaires en vigueur, mais aussi au prisme d'une norme propre à chacun, faite de valeurs éthiques plus ou moins conscientes, de l'influence conjuguée du milieu socio-économique et culturel et de leur propre histoire. Au cours de leur formation universitaire à dominante magistrale, peu d'entre eux ont été mis en contact avec des modèles d'autoanalyse de leurs propres croyances. Produits de leur propre formation qui a fait l'impasse sur une pratique réflexive, beaucoup n'en sont pas moins convaincus qu'ils possèdent la vérité, celle du sens commun, et ne sont pas conscients du fait que plusieurs interprétations de la réalité sont possibles. Parce qu'ils n'ont pas été formés à la gestion des conséquences de la violence sur le plan psychique et ne bénéficient pas d'accompagnement institutionnel en la matière, la situation traumatisante de la violence familiale peut retentir sur leur psychisme.

Par ailleurs, « l'entente » entre l'institution « École » et la famille est complexe : la coopération avec les familles est quasi inexistante. Contrairement à d'autres professions qui ont également en charge le problème de la maltraitance – police, magistrats, médecins, travailleurs sociaux – les enseignants sont bien en contact avec les victimes, mais n'entrent pas en relation avec les auteurs, l'Éducation nationale ayant judiciarisé sa pratique et s'inscrivant dans une vision strictement pénale de la résolution des problèmes de maltraitance jusqu'en 2007. Tous les cas devaient jusqu'alors faire l'objet d'un signalement direct au procureur de la République. Les consignes ont changé avec la loi de 2007 et, de fait, avant même sa promulgation. Il faut maintenant saisir la Cellule de recueil des informations préoccupantes départementale qui, auprès du Conseil général, est chargée de recueillir et de traiter ces informations avant une éventuelle transmission au procureur de la République. La famille en est informée (le plus souvent par courrier), mais n'est généralement pas contactée par l'école pour investigations complémentaires.

L'éventualité d'un tel « signalement » peut engendrer chez l'enseignant un malaise vis-à-vis des parents. Certains vont même considérer que cela constitue une intrusion dans la sphère familiale privée ; tous connaissent le dilemme de protéger l'enfant en s'exposant aux répercussions de leur signalement ou de le laisser souffrir en protégeant leur quiétude.

Cette étude devrait donc permettre d'appréhender les incidences des représentations des enseignants sur leurs pratiques quotidiennes et sur leurs modes de prévention et d'intervention dans les classes. Les éléments dégagés contribueront à améliorer les dispositifs actuels de sensibilisation, de prévention, d'information et de formation destinés aux enseignants, souvent en mal de soutien face aux phénomènes de maltraitance.

Les enseignants ont été rencontrés à Paris et en Île-de-France, dans les secteurs public et privé, soit par contact direct, soit par l'intermédiaire d'établissements en relation avec l'IUFM de Paris.

## Les médecins

Les médecins, généralistes et pédiatres, sont bien formés pour diagnostiquer les violences physiques et les abus sexuels. Ils peuvent en revanche s'avérer moins sensibilisés aux violences psychologiques et aux négligences dont pourraient être victimes leurs jeunes patients. De plus, se considérant avant tout dans une relation thérapeutique, ils peuvent dans certains cas avoir des difficultés à se rattacher à la loi et à la levée du secret professionnel. Les médecins sont ainsi rarement à l'origine des signalements d'enfants maltraités, alors qu'ils entrent au domicile des familles, à tout le moins examinent le corps de l'enfant et sont susceptibles d'entendre des confidences et d'observer des comportements, voire des signes évocateurs.

Comme pour d'autres professions de santé, plusieurs raisons peuvent être avancées pour expliquer ces réticences : doutes sur la réalité des faits, peur de perdre la confiance de la famille et de la marquer socialement, scrupules déontologiques à propos du respect du secret professionnel, crainte de mettre en route une lourde machine administrative ou judiciaire qui deviendrait incontrôlable, sentiment de pouvoir parvenir seul à protéger la victime, à améliorer le fonctionnement familial, insuffisance de formation médicale sur ces questions, réticence à partager des soupçons avec l'Administration ou la justice, etc. La réglementation est pourtant claire à ce propos ; en vertu de l'article 226-14 du code pénal (loi du 2 janvier 2004), toute personne qui signale à la justice ou à l'Administration des mauvais traitements infligés à un enfant mineur n'a plus l'obligation de secret professionnel. En particulier, un médecin soupçonnant des sévices peut en informer la justice sans l'accord préalable de la victime si celle-ci est mineure. Il n'en est pas moins vrai que nombre de médecins de famille identifiant des signes de maltraitance assurent la confidentialité de leur relation thérapeutique pour conserver leur clientèle, se sentant pris entre

une logique libérale et la nécessité de collaborer avec d'autres professionnels. Le médecin peut également s'interroger sur les conséquences d'un signalement qui pourraient entraîner des problèmes pour l'enfant, un sentiment de culpabilité d'avoir « parlé » et ainsi provoqué une enquête judiciaire, voire d'être à l'origine d'une rupture familiale.

Les médecins ont été rencontrés individuellement après prise de contact direct sur Paris et dans le département des Yvelines.

### **Les psychologues**

En matière d'enfance maltraitée, les rôles du psychologue sont multiples : repérage des enfants victimes de maltraitance, développement de prévention précoce, formation des professionnels au suivi et à l'accompagnement des personnes et des situations, formation à la déontologie professionnelle pour les conduites à tenir, information sur les procédures de signalement. Il doit aussi participer à une définition commune de concepts tels que l'information signalante, l'urgence ou le signalement. Comme les médecins, face à la maltraitance, ils peuvent se trouver dans des situations où le démarquage de la relation thérapeutique pour se rattacher à la loi et à la levée du secret professionnel peut leur sembler conflictuel. Les psychologues scolaires sont, dans le cadre de leur travail au sein de l'école, concernés par la maltraitance. Leur source d'information peut être un témoignage direct de l'enfant ou une information donnée soit par l'un des membres de l'équipe du Réseau d'aides spécialisées pour les élèves en difficulté (RASED), les maîtres E (maître spécialisé chargé des aides à dominante pédagogique) ou maîtres G (rééducateur) lors d'une réunion de synthèse, soit par l'un des membres de l'équipe pédagogique de l'école, directeur et/ou enseignant.

Les types de maltraitance susceptibles d'être mentionnés sont les violences physiques, les violences psychologiques et les carences éducatives graves exercées par les parents. De plus, le psychologue scolaire peut recevoir d'un enfant ou d'un adulte des témoignages de violence institutionnelle, que ce soit au sein de l'école ou dans des lieux d'accueil des enfants, comme les centres aérés, centres de loisirs ou lors d'activités extrascolaires.

Les psychologues ont été individuellement contactés sur Paris, en Île-de-France et en Seine-Maritime.

### **Les travailleurs sociaux**

Les travailleurs sociaux correspondent à un champ professionnel particulièrement vaste. Pour des raisons d'homogénéité de l'échantillon, l'étude a été limitée à des assistants de service social.

Les domaines et les secteurs d'intervention des assistants de service social sont très diversifiés. Trente-six mille d'entre eux exercent leur activité et sont employés par les collectivités locales, l'État, les organismes

publics et parapublics, les entreprises privées et les associations. Il s'agit souvent de femmes dont le métier varie en fonction du lieu de travail et de la philosophie de l'institution concernée, de ses « règles de comportement », c'est-à-dire de ses valeurs prioritaires.

Leur objectif prioritaire est de rétablir le lien social et donc d'aider les personnes en difficulté à retrouver leur autonomie et à assurer leur insertion ou leur réinsertion : les informer sur leurs droits aux prestations sociales, aux soins médicaux et à la formation, les orienter vers les instances compétentes appropriées à leur cas, et les soutenir dans leurs demandes, servant de relais, de médiateur tant à l'intérieur que vers l'extérieur de l'institution où elles travaillent. Ces travailleurs sociaux sont chargés du suivi des familles et pénètrent en leur sein avant toute suspicion de maltraitance, et peuvent ainsi être conduits à en constater. D'après ce qu'ils observent et analysent, ils peuvent être amenés à avoir un rôle de repérage et d'alerte, à participer à la formulation d'un diagnostic et/ou prendre la décision d'un signalement de maltraitance.

Nombre d'entre eux relèvent du ministère de l'Éducation nationale. Ils mènent alors toutes les actions susceptibles de prévenir et de remédier aux difficultés des élèves et de leur famille dans le cadre de la politique d'action sanitaire et sociale de ce ministère. Ils exercent d'une part un rôle de médiateur entre les élèves et l'école ainsi qu'entre les parents et l'école ; ils sont d'autre part à la fois le conseiller social de l'institution et de tous les jeunes scolarisés. Ils sont chargés d'apporter écoute, conseils et soutien aux élèves en difficulté et au personnel, pour favoriser leur réussite individuelle et sociale. Ils participent ainsi directement aux missions du service public de l'Éducation. Or, ces actions de repérage, de conseil, de soutien, d'encadrement, de protection, de formulation d'un diagnostic et de signalement sont intimement liées à leurs représentations de l'enfant, de son éducation, de la bientraitance et de la maltraitance, ainsi que des représentations des idéaux et de la déontologie de leur profession. De la confrontation entre les représentations de l'accomplissement de soi, de leur identité professionnelle et de la réalité des situations de travail peut naître un vécu de déstabilisation, de déconstruction de l'identité et de souffrance, voire d'usure professionnelle et d'aliénation.

Les assistants de service social ont été contactés par l'intermédiaire d'enseignants de l'Institut de travail social de Bobigny et de l'Inspection académique des Yvelines.

## Les gendarmes

Premiers intervenants de la prise en charge de l'enfant maltraité, les gendarmes et les policiers ont un poids relativement important dans la suite qui sera donnée aux affaires de maltraitance (recueil d'informations et de plaintes, audition du mineur et de sa famille, enquête, interpellation, etc.). Ils peuvent également avoir à fournir une assistance aux

victimes. Ils doivent prendre en compte le stress pendant les auditions. Dans ce but, depuis quelques années, des enseignements de psychosociologie et de psychologie clinique sont proposés dans le cadre de la formation à l'audition des mineurs. Il est important de s'interroger sur les incidences de leurs représentations sur leurs pratiques professionnelles et leurs modes d'intervention, éléments pouvant servir de base à des formations complémentaires.

Initialement, cet échantillon devait être constitué de policiers et de gendarmes, mais le personnel de la police nationale, sollicité par maints canaux, n'ayant pas été autorisé par sa hiérarchie à participer à des questionnaires ou à des entretiens, l'échantillon final est uniquement constitué de gendarmes. De plus, le personnel de la gendarmerie a refusé de participer aux entretiens, n'acceptant de répondre qu'aux questionnaires, sous réserve de l'anonymat le plus strict.

Ces gendarmes ont été contactés à titre individuel.

## Les questionnaires et les entretiens

Le matériel se compose de quatre questionnaires et d'une grille d'entretien semi-directif.

### **Questionnaire relatif à la conception de la violence et de ce qui pourrait la justifier (Q1)**

Nous avons utilisé le questionnaire MJVE réalisé par Andrée Fortin (1994) pour la Mesure de la justification de la violence envers l'enfant. Cette mesure, comme nous l'avons précédemment indiqué (voir le chapitre 3), a été, à l'origine, appliquée aux parents. L'approche de la violence s'effectue à partir de six échelles de type Likert. Trois sont relatives à une conception limitée de la violence et portent sur des violences psychologiques : le rejet ou le dénigrement de l'enfant (RE), son isolement (IS) et son intimidation (IN) par des violences physiques mineures ou des menaces. Une autre est relative à la tolérance (TO) et a trait aux mythes tolérant la violence familiale et valorisant l'autorité. Les deux dernières échelles concernent l'attribution et portent à la fois sur la non-responsabilité des parents (NR) et sur le blâme de l'enfant (BE). L'échelle de référence indiquée ici à côté de chaque item n'était pas, bien entendu, référencée dans le matériel présenté aux sujets. Voici ce questionnaire.

L'idée que l'on se fait des comportements des enfants et des parents varie d'une personne à l'autre. Nous aimerions connaître votre point de vue. Il n'y a pas de bonnes ni de mauvaises réponses. Il n'y a que votre opinion personnelle qui compte.

Pour chaque énoncé, nous vous demandons de donner votre opinion en encerclant le chiffre correspondant à votre réponse. Il est important de



► n'encercler qu'un seul chiffre par énoncé et de répondre à toutes les questions dans l'ordre où elles vous sont présentées.

Voici quelques énoncés que l'on peut entendre à propos des enfants ou des parents. Nous vous demandons de donner votre opinion sur chaque énoncé en encerclant le chiffre correspondant à votre opinion.

Tout à fait en désaccord	Plutôt en désaccord	Un peu en désaccord	Ni en désaccord ni en accord	Un peu en accord	Plutôt en accord	Tout à fait en accord
1	2	3	4	5	6	7

Jusqu'à quel point êtes-vous en accord ou en désaccord avec chaque énoncé ?

1. Si on est sévère avec l'enfant, il nous remerciera plus tard. (TO)
2. Les enfants ont besoin d'autorité pour se sentir en sécurité. (TO)
3. Une fessée n'a jamais fait de mal à personne. (TO)
4. Les enfants pleurent souvent pour rien. (TO)
5. Il y a des enfants qui ont besoin d'une bonne correction de temps en temps. (TO)
6. Aujourd'hui, les enfants ne respectent plus leurs parents. (TO)
7. Les enfants mentent facilement. (TO)
8. Les enfants n'ont pas de limites. (TO)

Voici maintenant une situation et les raisons qui pourraient être données pour expliquer la situation. Nous vous demandons de donner votre opinion sur chaque énoncé en encerclant le chiffre correspondant à votre opinion.

Voici la situation : un parent bat son enfant.

Il peut y avoir plusieurs raisons pour expliquer cette situation.

Jusqu'à quel point jugez-vous acceptable ou inacceptable chaque raison présentée pour expliquer cette situation ?

*Voici l'échelle de réponse :*

Tout à fait inacceptable	Plutôt inacceptable	Un peu inacceptable	Ni inacceptable ni acceptable	Un peu acceptable	Plutôt acceptable	Tout à fait acceptable
1	2	3	4	5	6	7

9. L'enfant est désobéissant. (BE)
10. C'est un enfant particulièrement difficile. (BE)
11. Le parent souffre de troubles mentaux. (NR)
12. L'enfant le mérite. (BE)
13. Le parent a perdu le contrôle de lui-même. (NR)
14. L'enfant l'a provoqué. (BE)
15. Le parent est saoul. (NR)
16. Le parent ne veut plus se laisser « marcher sur les pieds ». (BE)
17. L'enfant est violent. (BE)
18. L'enfant ne comprend pas autrement. (BE)

- 
19. Le parent agit dans l'intérêt de l'enfant. (BE)
  20. L'enfant est coléreux. (BE)
  21. Le parent aime l'enfant. (BE)
  22. Le parent a été battu dans son enfance. (NR)
  23. Le parent n'a pas le choix. (BE)
  24. Le parent est violent. (NR)

Dans la relation entre un parent et son enfant, on peut observer différentes façons d'agir et différentes manières d'élever l'enfant. Nous vous demandons maintenant de nous dire ce que vous considérez comme un comportement violent envers l'enfant en encerclant le chiffre correspondant à votre opinion. Jusqu'à quel point jugez-vous que chaque comportement présenté est ou non un comportement violent envers un enfant ?

*Voici l'échelle de réponse :*

Pas du tout violent	Très peu violent	Assez peu violent	Plus ou moins violent	Assez violent	Très violent	Extrêmement violent
1	2	3	4	5	6	7

25. Se mettre en colère après l'enfant. (IN)
26. Gifler l'enfant. (IN)
27. Toujours interdire à l'enfant d'amener des amis à la maison. (IS)
28. Rire de l'apparence physique de l'enfant. (RE)
29. Donner à l'enfant un surnom négatif. (RE)
30. Empêcher l'enfant de parler aux voisins. (IS)
31. Critiquer tous les amis de l'enfant. (IS)
32. Donner une tape à l'enfant. (IN)
33. Dire à l'enfant qu'on aimerait s'en débarrasser. (RE)
34. Donner une correction à l'enfant. (IN)
35. Menacer l'enfant de lui faire mal. (IN)
36. Faire peur à l'enfant en lançant ou fracassant un objet. (IN)
37. Critiquer l'enfant pour tout ce qu'il fait. (RE)
38. Dire à l'enfant qu'on regrette de l'avoir mis au monde. (RE)
39. Pincer l'enfant. (IN)
40. Interdire à l'enfant toute activité en dehors de l'école. (IS)
41. Briser, détruire ou jeter les jouets préférés de l'enfant. (RE)
42. Dire à l'enfant qu'il ne fera jamais rien de bon dans sa vie. (RE)
43. Donner des ordres à l'enfant en criant. (IN)
44. Minimiser les succès scolaires de l'enfant. (RE)

### Questionnaire relatif aux caractéristiques personnelles valorisées chez l'enfant par les professionnels (Q2)

Ce questionnaire mis au point par Verquerre (1989) a été retenu pour étudier à quel enfant idéal se réfèrent les professionnels de l'enfance. Vingt-quatre caractéristiques de l'enfant sont présentées en liste, et il est

demandé de classer les six plus importantes. Ce questionnaire permet de comprendre comment se structurent chez les adultes les représentations de l'enfant, en référence aux trois facteurs exprimant les qualités qu'ils valorisent chez l'enfant, à savoir :

- le contrôle et l'adaptation de l'enfant à la réalité sociale (responsable, soigneux, sage, raisonnable, franc, honnête, respectueux, discipliné) ;
- l'expression du potentiel d'expression et de créativité de l'enfant (actif, expansif, sûr de soi, calme, imaginatif, autonome, travailleur, intelligent) ;
- la sociabilité et l'affectivité bien régulée (sensible, gai, gentil, bon, affectueux, agréable, confiant, équilibré).

Parmi les traits de caractère suivants, quels sont les six traits de caractère qui vous paraissent les plus importants chez un enfant ? Classez les six traits de caractère que vous avez sélectionnés par ordre d'importance, du plus important (1) au moins important (6).

- (a) Responsable, (b) Actif, (c) Sensible, (d) Expansif, (e) Gai, (f) Soigneux ; (g) Gentil, (h) Sûr de soi, (i) Sage, (j) Bon, (k) Raisonnable, (l) Calme, (m) Franc, (n) Affectueux, (o) Imaginatif, (p) Honnête, (q) Agréable, (r) Autonome, (s) Respectueux, (t) Travailleur, (u) Confiant, (v) Intelligent, (w) Discipliné, (x) Équilibré.

### **Questionnaire relatif aux comportements parentaux valorisés (Q3)**

Les représentations des comportementaux parentaux valorisés sont liées à la satisfaction des besoins psychosociaux dont les composantes, selon Pourtois et Desmet (2004), sont nombreuses : affectives, cognitives, sociales et idéologiques. Le questionnaire construit pour cette étude s'inspirant des travaux de ces auteurs permet d'apprécier à quels besoins l'éducation parentale doit prioritairement répondre pour permettre la bientraitance de l'enfant. Le questionnaire évalue les modalités de satisfaction de cinq grandes catégories de besoin. Il est constitué de 15 items correspondant à des comportements que des parents sont susceptibles de manifester à l'égard de leurs enfants. Les items sont regroupés en trois groupes de cinq, correspondant chacun à l'un des cinq besoins précédemment décrits dans le chapitre 2. Il est demandé aux sujets de classer les réponses parentales correspondant aux cinq besoins psychosociaux par ordre d'importance :

- les besoins d'affection, dont la satisfaction permet à l'enfant d'éprouver un sentiment de sécurité(AFF) ;
- les besoins cognitifs, qui concernent les conditions de l'accomplissement de l'individu (COG) ;
- les besoins de communication, qui permettent d'apprendre à interagir avec autrui (COM) ;
- les besoins sociaux, qui s'inscrivent dans le cadre d'échanges interactifs et harmonieux avec les parents et les autres personnes de l'environnement (SOC) ;

- les besoins liés au développement de l'enfant, auxquels les parents doivent répondre pour que l'enfant parvienne à se projeter dans l'avenir et à accéder à son autonomie d'adulte (DEV).

Ci-dessous sont présentés des comportements que des parents peuvent adopter à l'égard de leur enfant. Nous vous demandons de classer ces comportements par ordre d'importance, du plus important (1) au moins important (5).

- a. L'inciter à aller vers les autres. (SOC)
- b. Être à son écoute. (COM)
- c. Avoir des aspirations pour lui. (DEV)
- d. L'aider à prendre de bonnes décisions. (COG)
- e. Être affectueux avec lui. (AFF)

De façon identique, nous vous demandons de classer les comportements suivants par ordre d'importance, du plus important (1) au moins important (5).

- a. L'aider à réaliser ses projets. (DEV)
- b. Chercher à le rendre indépendant. (COG)
- c. Essayer de le rendre heureux. (AFF)
- d. Lui apprendre à respecter autrui. (SOC)
- e. L'inviter à s'exprimer. (COM)

Enfin, nous vous demandons de classer les comportements suivants par ordre d'importance, du plus important (1) au moins important (5).

- a. Lui apporter un climat de sécurité. (AFF)
- b. Développer ses centres d'intérêt. (COG)
- c. L'aider à grandir. (DEV)
- d. Se donner l'occasion de parler ensemble. (COM)
- e. L'inciter à tenir compte des autres. (SOC)

### **Questionnaire relatif aux pratiques éducatives (Q4)**

NOMBREUSES SONT LES TYPOLOGIES DES STYLES ÉDUCATIFS PARENTAUX, SOIT QU'ELLES CONCERNENT LE RÔLE DE L'ADULTE DU POINT DE VUE DE LA STRUCTURATION COGNITIVE DE L'ENFANT (Pourtois, 1979 ; Lautrey, 1980), SOIT QU'ELLES S'ATTACHENT À COMPRENDRE LEUR RÔLE EN MATIÈRE DE DÉVELOPPEMENT AFFECTIONNEL ET SOCIAL. DANS LE PREMIER CAS, EST ÉTUDEÉE LA STRUCTURATION DU MILIEU FAMILIAL : « FAIBLE », « RIGIDE » OU « SOUPLE », SELON LES RÉGULARITÉS ET PERTURBATIONS QUE PEUT OFFRIR LE MILIEU FAMILIAL. DANS LE SECONDE CAS, LES ATTITUDES ÉDUCATIVES PARENTALES SONT CATÉGORISÉES SELON DEUX GRANDS TYPES DE CRITÈRES : LE DEGRÉ D'ATTENTION PORTÉE À L'ENFANT ET LE CONTRÔLE D'ACTIVITÉ DE L'ENFANT (Baumerind, 1971 ET 1973).

ÉLABORÉ SELON LES ANALYSES DE Verquerre (1989), CE QUESTIONNAIRE PERMET DE DIFFÉRENCIER TROIS TYPES D'INTERVENTION PARENTALE :

- type autoritaire ;
- type démocratique ;
- type libéral permissif.

L'échelle comprend 21 items articulés autour des trois facteurs structurant les pratiques éducatives :

- pratique éducative rigide, très contrôlante, voire autoritaire ;
- pratique éducative souple, assez contrôlante mais cependant démocratique ;
- pratique éducative floue, faiblement contrôlante, voire laxiste.

Il est demandé aux sujets d'indiquer leur degré d'accord avec chaque pratique éducative sur une échelle en six points : de « tout à fait en accord » à « tout à fait en désaccord ».

Que pensez-vous des pratiques éducatives présentées ci-dessous, sachant qu'elles concernent un enfant entre 8 et 10 ans ? Merci de cocher pour chacune des pratiques suivantes la case correspondant à votre degré d'accord.

- a. À la maison, ce qui est interdit par les parents ne doit pas être discuté par l'enfant. (AUT)
- b. Un enfant doit pouvoir sortir de table à tout moment avant la fin du repas. (LAX)
- c. Les parents doivent pouvoir laisser l'enfant choisir ses activités de loisir. (DEM)
- d. Un enfant qui a de mauvais résultats scolaires mérite d'être puni par ses parents. (AUT)
- e. L'enfant doit pouvoir passer autant de temps qu'il le souhaite à jouer à ses jeux. (LAX)
- f. Il faut parfois savoir laisser la maison à l'enfant pour une petite fête entre copains. (DEM)
- g. Un enfant doit se lever tous les jours à la même heure, même durant les vacances. (AUT)
- h. Les parents n'ont pas besoin de savoir ce que l'enfant fait à l'école. (LAX)
- i. Le dialogue, plus que la punition, permet de résoudre les difficultés rencontrées avec l'enfant. (DEM)
- j. C'est aux parents de choisir les vêtements de l'enfant. (AUT)
- k. Un enfant doit pouvoir regarder toutes les émissions de télé qu'il souhaite. (LAX)
- l. L'achat des fournitures scolaires doit pouvoir faire l'objet d'une concertation entre l'enfant et ses parents. (DEM)
- m. C'est aux parents de décider des activités de loisir de l'enfant. (AUT)
- n. Un enfant n'a pas à rendre de comptes à ses parents. (LAX)
- o. Il faut encourager la prise de responsabilités de l'enfant dans les tâches ménagères. (DEM)
- p. Un enfant n'a pas à intervenir dans les discussions de ses parents. (AUT)
- q. L'enfant doit avoir la liberté de manger à tout moment ce qu'il veut. (LAX)
- r. Les parents ne doivent pas prendre de décisions concernant l'enfant sans en parler d'abord avec lui. (DEM)

- - s. Un enfant ne doit pas regarder la télévision en l'absence de ses parents. (AUT)
  - t. Un enfant sait toujours ce qui est bien pour lui. (LAX)
  - u. L'enfant doit pouvoir disposer librement de l'argent de poche que ses parents lui donnent. (DEM)

## Les entretiens

Après avoir relevé la profession, les formations initiales et complémentaires et une brève description de sa fonction et de ses compétences (savoirs, savoir-faire, savoir-être), l'entretien semi-directif doit permettre de préciser ce qu'est la bientraitance pour le professionnel. Quel sens donne-t-il à ce mot ? Insiste-t-il plutôt sur les pratiques éducatives ou sur la relation affective ? Il permet dans un second temps de déterminer quel est, pour le professionnel, le sens du mot « maltraitance » et quelles en sont les dimensions, spontanément ou non, évoquées (physique, sexuelle, verbale, psychologique, par négligence, etc.). Quelles sont les situations évoquées ? Au sein de la famille, de l'école, par des adultes, par des pairs d'âge ? L'entretien permet également d'aborder quels sont, selon lui, les facteurs susceptibles d'entraîner la maltraitance : le milieu socioculturel, la culture d'origine, les conditions économiques, le contexte familial, le stress, la maladie ou d'autres causes éventuelles.

Après avoir permis de cerner ce que sont la « bientraitance » et la « maltraitance », l'entretien porte sur les confrontations à des cas de maltraitance : quel a été son vécu face à la situation, ses sentiments, ses impressions, ses réactions ? Comment perçoit-il et traite-t-il ces situations ? Quelle est l'incidence de sa confrontation aux différentes formes de la maltraitance ? L'entretien vise enfin à préciser en quoi la formation initiale reçue, les formations complémentaires obtenues par la suite, l'entourage et l'encadrement professionnel l'ont ou non préparé et aidé face à ces situations. Il a également pour objet de mettre au jour les motivations qui l'ont conduit à ce genre de travail, les valeurs sur lesquelles il s'appuie et l'écart qui a pu se creuser entre le début et l'aujourd'hui de son travail. En quoi les formations reçues lui ont-elles été utiles ? Qu'est-ce qui lui a manqué ? Quels seraient ses besoins, sa demande en termes de compléments de formations ?

## Schéma méthodologique de l'étude

La figure 4.2 reprend la figure 4.1, présentée en page 49, en lui agrégeant les questionnaires et entretiens, afin d'illustrer comment la résonance de leur formation, leur histoire personnelle et leur identité professionnelle influencent la perception et le traitement des situations auxquelles les professionnels sont confrontés.

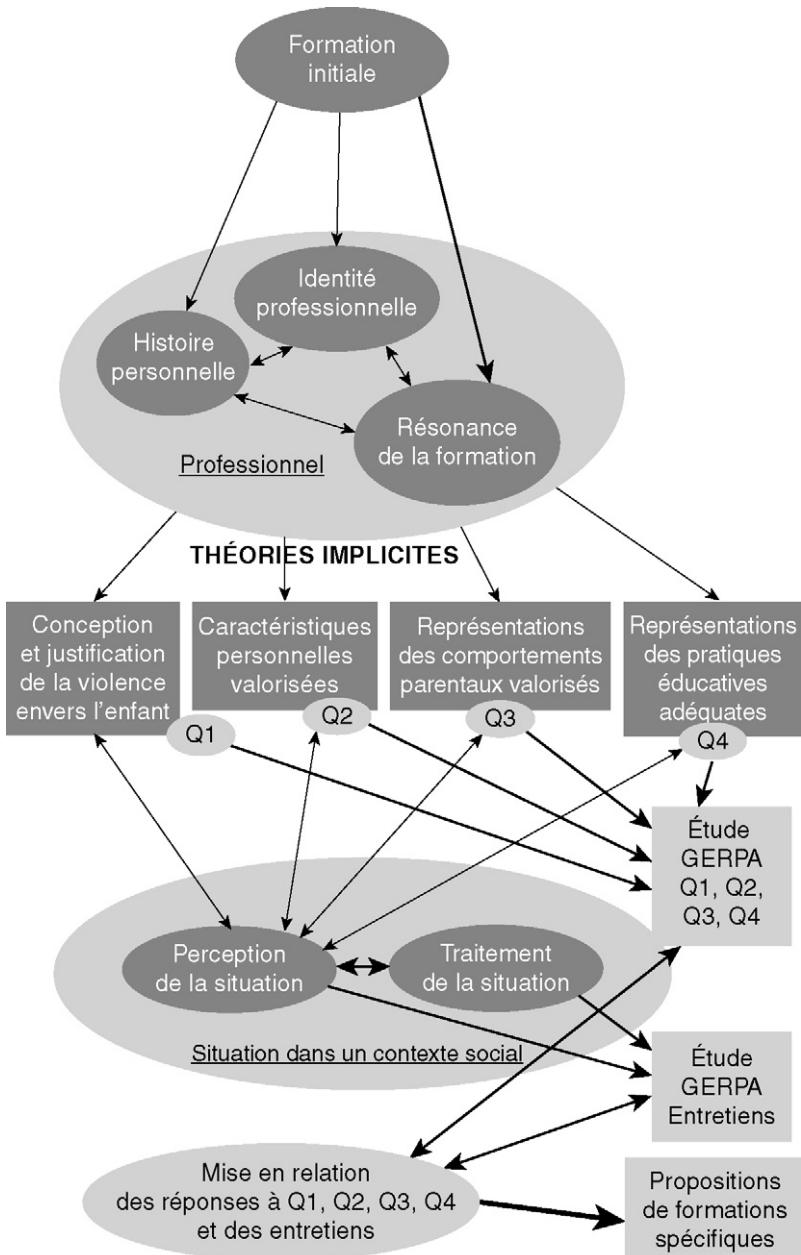


FIGURE 4.2. Schéma incluant les questionnaires et entretiens.

Leur conception et leur justification de la violence envers l'enfant (Q1), les représentations des caractéristiques de l'enfant qu'ils valorisent (Q2), les comportements parentaux qu'ils approuvent (Q3) et les pratiques éducatives qu'ils jugent adéquates (Q4) sont ainsi mises en relation avec les entretiens semi-directifs pour évaluer en quoi les interactions de ces champs représentationnels affectent le vécu des situations auxquelles les professionnels sont confrontés et les pratiques qu'ils mettent alors en œuvre, afin de poser les recommandations en matière de formation susceptibles d'en résulter.

## CHAPITRE 5

# Les écoutants de téléphonie médico-sociale : des origines diverses pour une même écoute

Brigitte Tison

Il n'existe pas jusqu'à présent de profession « écoutant(e) ». Les termes « écoutant, consultant, conseiller, chargé d'accueil, opérateur » sont utilisés pour nommer la fonction, mais ils correspondent mal à ce qui se passe en réalité dans les services de téléphonie médico-sociale. Le *Petit Robert* a donné une définition du mot « écoutant » en 1989 : « personne dont la fonction est d'écouter et de conseiller des gens en danger qui appellent par téléphone ». L'on notera que la notion de danger est associée à l'appel.

Les écoutants qui travaillent dans les téléphonies médico-sociales présentent des cursus de formation divers et variés. Nous avons, néanmoins, relevé auprès des dix écoutants rencontrés en entretien une forte proportion de psychologues, environ la moitié des effectifs quel que soit le dispositif téléphonique d'aide. Selon une écoutante, un des services de téléphonie ne serait même composé que de psychologues.

Hormis cette catégorie socioprofessionnelle bien représentée, le personnel qui exerce dans les services d'écoute médico-sociale est principalement composé de médecins, de juristes, d'éducateurs et d'assistantes sociales. La liste n'est pas exhaustive. Nous n'avons pu interviewer que quelques-uns d'entre eux. Rares sont ceux ou celles qui n'appartiennent pas à une profession sociale au départ. Il y en a, mais ils constituent une minorité et se trouvent le plus souvent dans des services d'écoute qui n'emploient que des bénévoles. Dans les entretiens effectués, une seule écoutante a évoqué la formation de chimiste qu'elle avait eue antérieurement. Ce n'est que depuis sa retraite qu'elle travaille comme bénévole.

## Les écoutants dans les différents services de téléphonie médico-sociale

Les écoutants des téléphonies médico-sociales exercent dans des services ayant des objectifs différents. Parmi les plus connus, nous citerons le Fil Santé Jeunes, Sida Info Service, le service de l'Enfance en danger, SOS Amitié, Inter Service Parents, SOS Familles en péril, SOS Suicide Phoenix... Il existe encore de nombreux autres services d'écoute téléphonique comme Écoute Cancer, Allô Asthme, VIH Info Soignants, Hépatite Info Santé, Ligne 6 (service d'écoute auprès des détenus), Écoute Info Service, etc. En bref, des écoutants travaillent dans le champ de la santé tandis que d'autres travaillent dans le champ du social. Enfin, certaines lignes accueillent tous les appels sans distinction et les écoutants orientent les appelants selon les demandes.

Dans certains services comme SOS Amitié, premier service créé à Paris en 1960, les responsables affirment leur volonté d'établir avec les appelants un rapport qui ne soit pas fondé sur le pouvoir conféré par une compétence ou un mandat social. Leur but est de transformer les relations au sein de la société et en fonction de ce but, le service veut rester un service qui ne soit animé que par des écoutants bénévoles. Il reste ainsi dans la droite ligne des services charitables et les écoutants viennent de tous les horizons professionnels (enseignement, commerce...).

À Inter Service Parents, créé en 1971 par l'École des parents (fondée en 1929), nous trouvons, en revanche, beaucoup de psychologues qui travaillent comme écoutants. Leur mission de prévention, d'accueil, d'écoute les pousse à une écoute approfondie des appels. Ce qui les a suffisamment mobilisés pour lancer dès 1995 une autre ligne téléphonique, Fil Santé Jeunes, pour répondre spécifiquement aux adolescent(e)s. Les services n'existent pas seulement à Paris ; il y en a une trentaine répartis sur tout le territoire.

Le service SOS Familles en péril, quant à lui, s'adresse plus particulièrement aux personnes violentes qui ne supportent pas l'intervention d'un service social à domicile mais acceptent d'appeler quand le péril est imminent chez elles. Les écoutants doivent faire preuve d'une grande maîtrise d'eux-mêmes et d'une capacité à endosser de nombreuses situations difficiles. Ébaucher un lien avec une personne perçue comme potentiellement destructrice de ce lien n'est pas chose aisée. Nous reviendrons sur ces difficultés pour les écoutants ultérieurement.

Dans les autres services, c'est la santé qui prime, comme par exemple Allô Cancer ou Sida Info Service. L'écoutant qui a bénéficié d'une formation médicale ou qui a lui-même pu traverser des problématiques traitées au téléphone, faisant partie d'associations comme celle des malades porteurs du VIH, sera plus à même de répondre aux appels

parfois très « pointus » comme des questions sur un point de santé, une opération ou une procédure à suivre pour faire des examens médicaux... ou des gestes à connaître pour résoudre un problème. Dans le champ de la psychiatrie, qui requiert aussi des compétences d'écoute bien spécifiques, les écoutants seront souvent des soignants du champ même de la psychiatrie (psychologues, psychiatres, infirmier[e]s).

Enfin, certains services comme celui de l'Enfance en danger requièrent une certaine expérience et une certaine information sur ce qu'est la maltraitance, la violence faite aux enfants ou aux adolescents. Fondé en 1990 (suite à la loi du 10 juillet 1989 relative à la prévention des mauvais traitements à l'égard des mineurs et à la protection de l'enfance), ce service a plusieurs missions : l'aide, le soutien et le conseil aux enfants, aux parents, aux professionnels et à toute personne confrontée à une situation de maltraitance à enfant. La transmission aux départements des informations recueillies sur des situations de maltraitance à enfant, avérées ou présumées, est une des obligations du service, ainsi que le signalement à l'autorité référente en cas d'abus ou de violence aggravée, selon les modalités définies par la loi de 2007.

Ce que l'on peut dire de tous ces services téléphoniques médico-sociaux, c'est qu'une certaine importance est donnée aux appelants et à un aspect qui relève de la tradition judéochrétienne de nos pays, à savoir l'aide entre pairs. Autrement dit, la gratuité de l'échange est privilégiée. La place qu'occupent les psychologues est tout à fait conforme à leur formation : ils répondent en connaissance de cause grâce à leur formation en psychologie et en psychopathologie. Les soignants, également sollicités dans les services téléphoniques qui relèvent du champ de la santé, répondent eux aussi en connaissance de cause (formation aux pathologies somatiques, aux maladies infectieuses ou virales).

Dans leur grande majorité, les écoutants travaillent dans d'autres lieux que les services de téléphonie médico-sociale. Ils exercent tout simplement leur métier de base : médecin en cabinet, psychologue en hôpital ou en consultation médicopsychologique (CMP), assistante sociale de secteur, éducateur en foyer. Le travail dans les téléphonies est quasiment toujours un travail à mi-temps ou à temps partiel. Ce contrat de travail à mi-temps pousse les écoutants à travailler ailleurs que dans un service d'écoute téléphonique et c'est sûrement voulu, comme le fait remarquer une écoutante. Les écoutants s'intègrent en effet différemment sur le terrain et au téléphone, et l'écoute ne peut que s'enrichir d'une expérience pratique. L'âge des écoutants rencontrés varie entre 25 et 60 ans, de l'âge d'entrée dans le champ professionnel à l'âge de la retraite. Le plus gros contingent regroupe les écoutants âgés de 40–45 ans. Est-ce à relier au commencement de la mise en place des services de téléphonies ? Ainsi, une écoutante qui avait 25 ans en 1990 et qui a été recrutée par le Service national d'accueil téléphonique pour

l'enfance maltraitée (SNATEM) [devenu Service national d'accueil téléphonique pour l'enfance en danger (SNATED)] a aujourd'hui la quarantaine dans ce même service.

Les effectifs représentés sont principalement féminins. Mais certains services de téléphonie s'efforcent de recruter des hommes pour instaurer un équilibre au sein du *pool* des écoutants et permettre aux appellants d'avoir une écoute aussi bien féminine que masculine (la représentation des sexes est aussi importante dans l'écoute).

## Représentations de la maltraitance chez les écoutants

Les écoutants dans les services de téléphonie médico-sociale sont amenés un jour ou l'autre à recueillir des données concernant la maltraitance, les violences. Avant d'évoquer les représentations qu'ils peuvent en avoir, rappelons quelques définitions.

La représentation est le terme classique en philosophie et en psychologie pour désigner « ce que l'on se représente, ce qui forme le contenu concret d'un acte de pensée » et « en particulier, la reproduction d'une perception antérieure ». Freud oppose la représentation à l'affect. Dans un premier temps, disons à propos de la maltraitance, de la violence, qu'il s'agit d'abord de faits inscrits dans une relation dans laquelle l'un des protagonistes exerce une force sur un autre et/ou dans une relation de dépendance, voire également dans une relation de protection comme l'est une relation éducative mais dont la dimension de protection s'est trouvée niée ou pervertie (Corbet, 2000). Il s'agit d'actes (ou d'absence d'actes) subis par des personnes dépendantes et/ou vulnérables.

Le mot « maltraitance » est d'apparition récente<sup>1</sup>. Il s'applique aux mauvais traitements infligés à des enfants. Il apparaît dans le cadre des travaux sur les enfants maltraités. Issu du verbe « maltrai<sup>ter</sup> » lui-même issu du verbe latin *tractare* employé dans le sens de « traîner violemment », « mener difficilement » et, dans le langage courant, au sens de « toucher souvent », « maltrai<sup>ter</sup> » apparaît vers 1550 pour signifier « traiter durement » et il s'emploie couramment par la suite pour « traiter avec violence ». Le préfixe « mal » met l'accent sur l'aspect mauvais dans l'action de traiter l'autre. La maltraitance a été étudiée en premier lieu par Kempe sur son versant médical. Puis de nombreuses études ont été menées sur les maltraitances familiales et intrafamiliales.

Les écoutants doivent entendre évoquer toutes sortes de maltraitements subies ou vécues par les appellants : injures, coups, abus, manipulations, oublis. La question de la représentation de la maltraitance chez les écoutants dépasse celle de l'expérience directe (ou non) avec

---

1. Robert historique de la langue française (1987).

les appelants. Elle renvoie à un cadre qui inclut l'histoire de chacun, sa trajectoire, ce qu'il a vécu, son intimité. La majorité d'entre eux s'accordent pour associer au terme de « maltraitance » l'humiliation, le « rabaissement » qui est le fait d'un adulte (parent, institution) vis-à-vis d'un enfant, d'un adolescent. Tous évoquent les différents types de maltraitance qui constituent sa définition d'après l'Observatoire décentralisé de l'action sociale (ODAS) : violences physiques avec coups pouvant aller jusqu'à entraîner la mort, violences psychologiques qui ne se voient pas, mais sont insidieuses et peuvent laisser des traces indélébiles. Les écoutants nomment également les négligences (comme, par exemple, l'enfant ou l'adolescent qui passe son week-end sur Internet). Où sont les parents ? se demandent les écoutants. Enfin, il faut ajouter toutes sortes de violences sexuelles (attouchements, viols etinceste).

Le nombre de fois où l'une des catégories de violences est plus fréquente est fonction de la spécificité du service. Certaines personnes appelleront plus facilement le SNATED pour les coups alors que d'autres, les adolescents, lui préféreront le Fil Santé Jeunes pour des questions sur leur sexualité, sur la contraception.

## Origines de la maltraitance selon les écoutants

Les origines de la maltraitance sont nombreuses. Elles touchent tout autant les comportements des adultes que ceux de certains enfants ; le milieu socio-économique, le milieu culturel, l'état de santé (pathologie), le stress, le milieu social actuel peuvent être des causes de maltraitance. Tous les écoutants sont unanimes pour désigner comme causes premières la famille (parents, frères, sœur), la famille élargie (grands-parents, oncles, tantes, cousins) et la famille recomposée (beau-père, belle-mère, demi-frères, demi-sœurs). On peut appartenir à un milieu défavorisé et ne pas être pour autant maltraitant. Mais les conditions d'existence précaire (chômage, logement insalubre ou trop petit) peuvent contribuer à entraîner plus facilement du stress, des énervements, des violences. Les pathologies liées au stress comme la dépression, l'alcoolisation, la toxicomanie n'arrangent rien et sous l'emprise de ces maladies, les adultes peuvent exprimer de la violence vis-à-vis de leurs enfants ou de plus jeunes personnes. À la question de savoir si l'on peut considérer que la culture peut être source de maltraitance, leur réponse est « non ». Les écoutants reconnaissent qu'il n'y a pas de maltraitance parce que l'on viendrait d'une autre culture. Ils prennent pour exemple les gens du voyage qui adorent leurs enfants et ajoutent qu'ils pourraient citer bien d'autres familles d'origine étrangère pour qui l'enfant est choyé comme un « petit dieu ».

Cependant, la plupart disent qu'il existe des coutumes qui persistent chez certains immigrés et qui sont porteuses de violences (excisions,

mariages forcés, viols, etc.). Ils reçoivent beaucoup d'appels de jeunes filles en particulier du Maghreb qui, arrivées à l'adolescence, sont parfois séquestrées par leurs parents et interdites de tout contact avec un garçon avant un voyage diligenté dans le pays pour y être mariées.

L'école est aussi citée comme lieu de maltraitance potentielle. « Un professeur des écoles a une influence énorme sur l'avenir de l'enfant », commente une des écoutantes interrogées. Elle ajoute : « Il suffit qu'il ne supporte pas un enfant pour que celui-ci en soit profondément perturbé. » L'enfant peut devenir comme « un objet invisible » aux yeux de l'enseignant. Personne, dans de telles conditions, n'échappe à une stigmatisation. D'autres comportements peuvent masquer une maltraitance (les réflexions, les petits mots, les surnoms) et, selon les appelants, « le temps passé à l'école est très long », les maltraitances psychologiques sont donc graves.

Parmi les maltraitances, il y a toutes les formes d'abus. L'emprise de l'adulte, qu'il soit professeur, professeur de sport, animateur de colonie, d'un centre de loisirs, éducateur, sur les enfants dont il s'occupe peut conduire à des formes d'abus de pouvoir, incluant les abus sexuels.

Les écoutants donnent encore comme causes de maltraitance l'isolement, les négligences de l'adulte (qui ne met aucune limite à son enfant, qui le laisse tout seul des heures durant devant le poste de télévision ou l'ordinateur), les violences dont est témoin l'enfant au sein du couple parental, les exigences d'un parent qui contraignent l'enfant à devenir « une petite machine à résultats scolaires ».

## Explications et facteurs de maltraitance

Les explications qui sont données à propos de la maltraitance faite aux enfants s'inscrivent dans l'histoire des sociétés. Si l'on considère l'histoire de la maltraitance dans notre pays, c'est une affaire ancienne. Au XVI<sup>e</sup> siècle, l'enfant est séparé de l'adulte pour être défendu contre les malfaisances de la société. Car l'enfant à cette époque fait encore peur et l'éducation demeure sévère, la discipline rigoureuse. Aux siècles suivants, une évolution se dessine. Au XVIII<sup>e</sup> siècle (le siècle des Lumières), Rousseau se fait le pédagogue de l'enfance. Au XIX<sup>e</sup> siècle, Hugo dépeint les conditions humiliantes dans lesquelles évoluent Cosette et Gavroche. Hector Malot décrit les *Sans famille*. À cette époque, les enfants errants, les gosses dans la rue sont nombreux. Jules Renard brosse un tableau sans pitié de l'enfant meurtri sous les traits de Poil de Carotte ; Dickens, écrivain anglais, publie tour à tour *Oliver Twist* et *David Copperfield*, histoires d'enfances misérables dans le Londres de la fin du XIX<sup>e</sup> siècle. Beaucoup de romans, de contes (*Cendrillon*, *Le Petit Poucet*, *Blanche-Neige*, *Peau d'âne*) illustrent des maltraitances sur enfants. Aujourd'hui, ce sont les enfants maltraités eux-mêmes qui,

devenus adultes, racontent le martyre subi dans leur enfance. Il y a ainsi de nombreux témoignages poignants de ces enfances meurtries.

Les violences physiques, psychologiques (cruauté), matérielles, financières, médicales, médicamenteuses, les négligences actives, passives appartiennent au lot de maltraitances entendues par les écoutants. À toutes les maltraitances évoquées, les écoutants donnent des raisons comme le sentiment d'isolement, d'abandon, les suites d'un deuil, un handicap, un enfant non désiré, une pathologie mentale, un alcoolisme, de la toxicomanie, un dysfonctionnement familial, l'immaturité, l'intolérance de la frustration... sans oublier l'environnement socio-économique : l'insuffisance de ressources, la retombée sociale des maladies chroniques, la promiscuité, le déracinement. On retrouve à travers les explications données par les professionnels de l'écoute les catégories formalisées par le Conseil de l'Europe ou encore par l'ODAS. Selon le Conseil de l'Europe, les maltraitances comportent les violences physiques (abus sexuels inclus), les violences psychologiques, morales, matérielles, financières, médicales, médicamenteuses. Pour l'ODAS, l'enfant maltraité est celui qui est victime de violence physique, de cruauté morale, d'abus sexuel, de négligence lourde ayant entraîné des conséquences graves sur son développement physique et psychologique. L'enfant en risque est celui qui connaît des conditions d'existence qui risquent de mettre en danger sa santé, sa sécurité, sa moralité, son éducation ou son entretien, mais qui n'est pas pour autant maltraité.

Ce qui est plus inquiétant, disent les écoutants, c'est qu'il y a parfois une transmission intergénérationnelle de la maltraitance. Non pas que l'enfant hérite d'un gène de la maltraitance, mais il reproduit ce qui lui a été fait dans son enfance par des proches. Ainsi, un écoutant prend l'exemple de l'inceste (ayant eu à entendre plusieurs révélations d'abus sur mineurs). Il rapporte : en général, les frontières dans les familles incestueuses sont floues, inexistantes, non respectées. Le père est souvent exclu. Nombre d'abuseurs sont issus eux-mêmes de familles maltraitantes. L'ancienne victime reproduit ce qu'elle a vécu. C'est une projection en quelque sorte de sa souffrance sur l'enfant. L'enfant abusé devient le « double narcissique » du parent abusif. Ce dernier (introjecté) resurgit par identification psychique à la victime qui répète son expérience marquante, à savoir la violence sexuelle vécue dans son enfance, en l'infligeant à sa progéniture.

Dans l'ensemble, les écoutants disent comprendre la maltraitance comme le fait d'une trajectoire, d'un vécu douloureux de la part du maltriant qui n'a peut-être pas eu assez d'écoute ni de suivi. L'adulte dévalorisé, humilié répétera ces humiliations sur ses propres enfants. La transmission d'un défaut d'estime de soi, d'un état de dévalorisation ou d'une dépendance peut conduire celui ou celle qui en hérite à de la maltraitance.

## Le vécu : les difficultés et les affects

L'expérience de vie de l'écoutant, familiale, amicale, professionnelle, amoureuse, avec ses aléas, ses doutes, ses échecs, ses réussites, ses projections, ses idéalisations, interfère dans la relation qu'il a avec l'appelant. L'écoutant va être attentif à ses différents mouvements intérieurs : manifestation de complicité, de laxisme, de tendresse, d'agacement, de sévérité, de rejet. Pris à témoin, appelé à l'aide, il se mobilise avec discernement et compassion. Il accepte sans juger pour s'ouvrir à celui qui le sollicite. Il accepte son impuissance à tout résoudre. Le vécu des appels varie donc en fonction de l'expérience de vie, de l'âge entre autres. Une jeune écoutante fait part d'un appel qu'elle a reçu vers 23 heures, juste avant son départ du service, à la fin de sa prestation : celui d'une femme désespérée qui lui fait part de son intention de se suicider et raccroche. L'écoutante, prise dans le sentiment douloureux que lui a fait entendre l'appelante, oublie de relever son numéro d'appel et se montre très affectée. Elle n'a rien pu faire, comme sidérée par ce qu'elle apprenait. Le dépôt de la douleur est trop lourd pour cette jeune femme qui n'a que peu d'expérience dans le métier.

La maltraitance, dans le cas de coups physiques, peut conduire à l'invalidité, voire à la mort (chez les très petits enfants) ; elle a un retentissement sur le développement psychique, affectif de l'enfant. Celui-ci aura du mal à grandir. L'abus sexuel détruit pareillement l'enfant ou l'adolescent qui l'a subi. En entendant ces maltraitances, les écoutants peuvent vivre un véritable bouleversement émotionnel. « On se sent impuissant, désarmé », dit une écoutante. Face à ce flux émotionnel qui peut tout envahir, il faut montrer à l'appelant que l'on n'est pas détruit. Il faut l'aider à élaborer quelque chose sur ce qu'il a subi et vécu. Il faut l'aider à penser. Certains écoutants parlent encore de l'éccœurement qu'ils peuvent ressentir ou de la révolte qui peut monter en eux. Là encore, ils doivent faire preuve de maîtrise pour aider le jeune à se remettre et à faire les bonnes démarches qui lui permettront de surmonter de telles épreuves.

Chaque appel demande une adaptation à un nouvel interlocuteur (avec des modalités d'expression propre) ainsi qu'à une nouvelle problématique (sociale, juridique, psychologique, éducative, bien souvent au carrefour de tous ces registres).

Les écoutants dans les services de téléphonie médico-sociale sont là pour drainer toutes les émotions vécues par des enfants et des adultes dans les situations de maltraitance. Ils reçoivent en effet toutes sortes d'appels tant dans leur forme que dans leur contenu. Ainsi peuvent se succéder au quotidien une voisine qui entend pleurer un enfant près de chez elle, une mère débordée par son nouveau-né, un professionnel inquiet par le comportement d'un jeune, un adolescent en fugue,

quelqu'un qui reste muet malgré les sollicitations de l'écoutant, des jeunes qui lancent des insultes verbales et raccrochent immédiatement, une jeune fille qui révèle difficilement la relation incestueuse avec son beau-père pendant que sa mère est absente...

Les écoutants des services spécialisés comme le service de l'Enfance en danger deviennent un peu des experts en la matière. Comme ils le reconnaissent, aucun milieu n'est épargné par le phénomène : milieu favorisé ou milieu défavorisé. Les appels peuvent être longs, mais également éphémères. L'intervention de l'écoutant ne se situe pas dans la durée. Il n'a en revanche que rarement un retour gratifiant.

Il peut également s'opérer une tentation de séduire l'autre au téléphone et d'être séduit. Les risques d'aller trop loin existent avec l'appelant et l'écoutant doit pouvoir mesurer quelle résonance l'appel a eu sur lui-même, quelle représentation de l'appelant il s'est faite, quel plaisir, quelle usure ou encore quelle frustration il en a tiré.

Il y a des limites à l'empathie, des limites à l'écoute, des limites propres à l'écoutant. Les appels d'enfants se différencient nettement des appels d'adultes. Ils sont en général de courte durée. Parmi les appels d'adultes, ceux des professionnels se distinguent des autres appels car « il peut s'établir une véritable connivence entre l'appelant et l'écoutant, un véritable échange sur la situation, raconte une écoutante, et cela nous redonne confiance en nous, nous redynamise dans le travail que nous faisons ».

## Gestion de ces difficultés et affects

La gestion des difficultés et celle des affects sont étroitement liées. En effet, les écoutants ont reçu dans les services de téléphonie une formation spécifique à l'écoute téléphonique pour répondre au mieux aux appels types de ces différents services.

Comment peut-on imaginer l'écoutant face à tant d'appels aussi différents que ceux reçus au SNATED, par exemple ? Devant les pleurs de l'un, les insultes de l'autre, la demande très précise d'une information, de soutien, l'écoutant doit savoir gérer et maîtriser ses affects. Le cadre même de l'écoute fonctionne comme un contenant, limite les échanges. Comme le dit un écoutant, « on ne se voit pas, il n'y a aucune proximité mais en même temps, on est très proche ». Chacun dans sa bulle et avec l'appelant, cela peut constituer deux bulles.

La manière dont les enfants parlent et se conduisent dans les échanges va redéfinir en quelque sorte le travail d'écoute. L'empathie comme l'excès de directivité risquent de fermer les échanges et la fragilité de la relation téléphonique oblige les écoutants à une certaine précaution. Néanmoins, si, dans le cours des interactions, ils acceptent de tenir les places que leur demandent d'occuper les enfants, ils doivent aussi

recadrer ces échanges en fonction des objectifs du service et ne sont donc pas complètement malléables. Les écoutants sont tous d'accord là-dessus. Les missions d'aide, de conseil, de soutien, de transmission aux départements de l'évaluation de l'appel commandent à ces écoutants de veiller à ne pas laisser déraper les situations et à maintenir les enfants dans une relation de service.

Que font les écoutants d'appels brefs venant d'enfants qui agissent comme si le SNATED était pour eux un terrain de jeux ? Le coup de sonnette des mercredis d'antan est remplacé par la blague ou les insultes au téléphone. Ces appels qui s'apparentent plus à des tags (un tag est une marque, une signature où l'auteur n'a pas de visage, « l'homme invisible ») sont effectués pour attirer l'attention. Un écoutant répond : « Si un enfant m'insulte au téléphone, je lui rappelle le cadre du service et je lui demande à qui il adresse ses injures. » Une autre écoutante rappelle : « Nous ne pouvons pas oublier les missions du service. Elles constituent un fil conducteur. Bien sûr, chacun d'entre nous a ses limites et mieux vaut qu'il les connaisse. » L'écoutante poursuit : « Certains écoutants sont exaspérés par les plaisanteries, d'autres ne supportent pas les appels de phobiques (adressés au service Sida Info Service). D'autres encore auront du mal avec les abuseurs (masturbateurs au bout du fil). » Parfois, l'écoutant ne parvient pas à écouter l'appelant malgré toute l'empathie qu'il a pu déployer. L'appel est trop lourd. Il faut se recentrer sur « l'ici et maintenant ». Il peut, aussi, se produire une lassitude des appels répétitifs, en quelque sorte, l'usure, « le *burn-out* » de l'écoutant !

La distance est aussi importante dans l'échange téléphonique. Si l'écoutant est trop proche, il entend une situation semblable à une situation qu'il a pu vivre lui-même et il se montrera incapable de gérer l'appel. S'il se place uniquement du côté de la victime, il ne peut rien en dire ! Quand la personne appelle pour parler d'un désir de suicide, il n'est pas facile, voire impossible, d'exprimer de l'empathie et si la personne qui a décidé de mourir se refuse à passer ce moment seule, l'écoutant est alors dans une situation extrême.

Pour soulager le trop-plein, l'émotion envahissante, il y a tous les échanges informels qui s'opèrent entre les écoutants du lieu d'écoute. À la fin d'un appel difficile, l'écoutant peut se dégager et mettre de la distance avec la situation entendue. Tous les gestes, les paroles échangés entre les professionnels aideront à gérer les affects.

Il existe aussi dans tous les services téléphoniques des réunions animées par des psychiatres ou des psychologues psychanalystes. Ces temps de recul permettent tout à la fois de maintenir un cadre inhérent à la ligne et d'élaborer sur sa pratique, d'interroger ce que vit l'écoutant, ce qui a pu induire ses réponses ou ses attitudes particulières. Ces échanges entre écoutants favorisent la libre association sur les pratiques

téléphoniques et montrent la diversité des réponses à l'intérieur du cadre fixé par le travail. Des réflexions d'équipe (par thèmes, parfois) sont aussi organisées dans des groupes de travail. Différentes questions peuvent y être abordées. Enfin, la nécessité d'un travail sur soi – ce que confirment tous les écoutants – permet de prendre une juste distance. Il faut apprendre à ne pas tout savoir pendant l'écoute de la situation. Nous ne sommes pas tout-puissants. L'on n'a pas non plus à moraliser, comme le dit une écoutante.

## Compétences

Les écoutants dans les différents services de téléphonie médico-sociale ont pour la plupart suivi des formations longues – comme on a pu le rappeler précédemment – en rapport avec le travail d'écoute : connaissances théoriques en psychologie, en médecine, en droit, en social. Beaucoup ont fait parallèlement des stages où ils ont pu acquérir une certaine expérience pratique. Dans les interviews, ils le confirment tous : les compétences nécessaires pour exercer un tel métier sont d'abord d'avoir reçu une bonne formation à l'écoute, d'avoir des connaissances théoriques de base en psychologie, des connaissances sur les problématiques traitées par le service (sida, alcool, drogue, tabac, violences conjugales, maltraitance).

Les écoutants disent avoir bénéficié dès l'entrée dans le service d'une initiation à l'écoute spécifique au service. Ils ont pu faire des exercices pratiques d'écoute avec l'appui d'un écoutant expérimenté (exercice en double écoute : un professionnel reçoit des appels et permet au nouvel écoutant de partager l'appel ; échange sur la situation, discussion et prise de décision à deux). Ils citent également la formation continue, le renouvellement des connaissances, les colloques, les séminaires, les formations courtes (sur le suicide, par exemple, ou sur la contraception).

Parmi les compétences requises, non exigées mais bienvenues, il y a celles (déjà évoquées) qui vont résulter d'un travail sur soi qu'ont pu entreprendre les écoutants (comme une analyse, une psychothérapie, un groupe de supervision, des échanges de cas). Les compétences techniques sont indispensables, mais ce ne sont pas les seules nécessaires à l'écoute. Toute une série d'aptitudes sont recherchées chez le futur écoutant. Elles peuvent encore être liées aux connaissances comme l'écoute, l'empathie, la neutralité, la maîtrise de soi, la capacité d'adaptation (pouvoir enchaîner divers appels très différenciés). Elles relèvent de l'éducation au respect, à la tolérance, à l'ouverture et de la personnalité des écoutants, comme la patience...

Enfin, pour être complet, les valeurs morales font partie des compétences indispensables pour faire un « bon écoutant » comme le respect de l'intimité de l'autre, la pratique de la confidentialité. Les écoutants

ajoutent qu'un esprit participatif, une capacité à travailler en équipe sont nécessaires. Se faire confiance, faire confiance à l'autre : toutes ces caractéristiques permettent le travail d'écoute, sa rigueur.

L'écoute n'est pas celle du Monsieur Jourdain de Molière. Nous citerons comme exemple le référentiel de compétences établi en 2003 dans le cadre du Collège coopératif Provence-Alpes-Méditerranée. Il indique différentes compétences mobilisées lors de l'écoute de la demande d'une personne. Non seulement l'écoutant doit comprendre la situation, l'analyser par rapport au problème posé, mais il doit pouvoir choisir un mode de réponse en liaison avec l'appelant. Il doit savoir adapter son niveau de langage en fonction de l'interlocuteur, percevoir les interactions qui se jouent avec l'appelant et s'accommoder des projections que ce dernier peut réaliser sur sa fonction pendant l'entretien téléphonique (psychologue, médecin, juriste). Il doit être capable de conduire un entretien téléphonique par le biais de méthodes non directives ou semi-directives afin de recueillir les informations utiles. Il doit être capable de laisser l'appelant exprimer son propos sans entrer immédiatement dans la réponse, de recadrer l'entretien lorsque le propos de l'appelant devient redondant ou incohérent, de clarifier la demande de l'appelant en distinguant une demande implicite d'une demande explicite et d'adapter en conséquence son niveau de réponse, d'analyser la situation de l'appelant à partir des informations que ce dernier lui transmet ou de recueillir ces mêmes informations sans disposer d'éléments visuels qui pourraient éventuellement lui être utiles, puis de choisir un mode de réponse. D'autres compétences sont présentées dans ce même référentiel qui concerne l'étayage, le soutien psychologique, la clarification d'une situation, l'apport d'information, l'orientation.

## Demande d'aide et de formation

Outre les études qu'ils ont suivies comme celles de médecine, de psychologie ou de droit, où ils ont pu acquérir des connaissances théoriques sur lesquelles ils s'appuient dans l'exercice de leur travail d'écoute, les écoutants répondent que d'autres aides ont pu leur être utiles. Ainsi, une écoutante rapporte : « Mes parents m'ont appris comment transmettre de l'aide à d'autres et cela me rend de grands services dans mon travail. » D'autres écoutants disent que c'est à travers les stages qu'ils ont pu échanger avec leurs référents sur des cas qui leur posaient des difficultés. Il y a aussi l'aide qui vient de l'équipe. Cela rassure, cela permet de se sentir mieux après un appel difficile. Cela les amène parfois à réfléchir davantage sur la réponse qu'ils auraient pu donner à l'appelant par les questions posées par leurs pairs. Une autre aide précieuse, dit une écoutante, vient des intervenants extérieurs qui viennent parler de leurs pratiques et de leur recherche. Les uns et les autres se disent de toute

façon toujours en demande de formation. Ils peuvent bénéficier de la formation continue. Mais ils sont demandeurs de modules qui portent sur la maltraitance et, en particulier, sur l'approche des mécanismes de la maltraitance. Ils pensent que cela peut leur servir à mieux répondre aux appelants. D'autres sont dans l'attente de formation sur les circuits de signalement, les procédures qu'il faut engager quand on fait un signalement. Quelques-uns demandent plus d'échanges avec d'autres professionnels (d'autres services téléphoniques, d'autres champs sociaux). Il y a encore des demandes sur l'évaluation de la maltraitance, comment évaluer qu'une situation est maltraitante ?

## Représentations de la bientraitance chez les écoutants

La plupart des écoutants disent n'avoir jamais entendu le terme de « bientraitance ». Effectivement, le mot n'existe pas dans la langue française. Néanmoins Flamand l'évoque dans son rapport sur la bientraitance : « La Bientraitance, c'est le respect de l'enfant mis en actes, respecter un enfant dans un souci de bientraitance, c'est donner à l'enfant les moyens d'être sujet et acteur de sa vie en le considérant comme une personne en devenir et un interlocuteur à part entière que l'on accueille, auquel on s'adresse et avec lequel on se comporte avec respect, respect psychique, respect physique et respect affectif » (2001).

Cette démarche pour que la bientraitance devienne un concept au quotidien des professionnels au service des enfants, des adolescents et des adultes fragilisés à la particularité d'inverser le processus négatif fait de dénonciation et de violences pour élaborer des schémas de construction et de reconstruction. Les écoutants associent le mot au respect, à la qualité de l'écoute, au bien-être que l'on doit offrir à un enfant ou à un adolescent. Néanmoins, ils s'interrogent sur l'utilité d'un tel concept et se demandent s'il faut normaliser la bientraitance. Car à leurs yeux, il est naturel de veiller sur son proche ; alors pourquoi vouloir normaliser cette attitude ? C'est la question que pose Garrigue-Abgrall. L'auteur se demande s'il faut tout dire, tout nommer, tout décrire, tout inventorier, tout classer, tout normaliser. Faut-il tout dire du bien à faire, à dire, à penser ? Elle poursuit : « Pour être bientraitant, il faut d'abord ne pas nuire, il faut de plus mettre en place les conditions d'un bon développement et d'un épanouissement possible de l'enfant et de ses parents. C'est pourquoi la bientraitance suppose la connaissance de la maltraitance. » Elle met en garde contre le « je suis bientraitant, donc je suis bon ». Pour elle, la bientraitance recouvre le soin et l'éducation au sens large (2005). L'ensemble des pratiques humanisantes conduisent à la vie bonne, sous-entendu la bonne volonté. C'est en développant les capacités d'empathie que l'on contribuera à la prévention de la maltraitance.

L'empathie est un préalable à la bientraitance. Une écoutante la rejoint en disant : « Il s'agit d'un savoir-faire au sujet de la bientraitance. » La représentation de la bientraitance n'est pas pertinente dans le travail de l'écoute. Les écoutants ont dû développer des capacités d'empathie, de tolérance...

Ainsi, les écoutants dans les services médico-sociaux, en particulier ceux qui travaillent à l'Enfance en danger (SNATED), sont en première ligne des situations de maltraitance. Leur écoute doit être suffisamment fine pour discerner les états de danger des situations les plus ordinaires. Leur représentation de la maltraitance est fonction du vécu de leur écoute qui croise leur propre vécu et leur formation. Tous sont en demande de soutien, de réassurance et de formation sur la maltraitance, sur les circuits des procédures à mettre en place en cas de signalement, sur les indicateurs de maltraitance.

## CHAPITRE 6

# Les professeurs des écoles : une diversité des approches et des procédures

Gilles Legrand

La maltraitance infantile, active et passive, sur fond de violence intrafamiliale, constitue l'une des grandes inquiétudes de nos sociétés contemporaines. Le respect des Droits de l'homme (ceux de l'enfant en particulier) engage la responsabilité des politiques d'éducation et de protection de l'enfance. Notre système scolaire en est un maillon essentiel. L'école primaire est obligatoire pour toute une classe d'âge. La communauté enseignante est donc immanquablement amenée à prendre en charge les enfants victimes de violence. Elle est, de fait, très exposée.

Dix professeurs des écoles ont accepté de s'investir davantage dans cette recherche en participant à des entretiens individuels. Le groupe se compose de huit femmes et de deux hommes. Leur ancienneté dans ce métier fluctue entre 1 et 30 ans. Les plus jeunes, issus de l'Institut universitaire de formation des maîtres (IUFM), ont suivi des formations préalables très variées : STAPS (sciences et techniques des activités physiques), lettres, anglais, philosophie, journalisme, droit. Les plus anciens ont fréquenté l'École normale. Trois enseignantes sont titulaires du CAPSAIS<sup>1</sup>. Malgré des parcours très divers, tous possèdent quelques traits communs : des valeurs comme « transmettre et éduquer » ont été à l'origine du choix de leur profession pour près de la moitié

1. Le CAPSAIS (certificat d'aptitude aux actions pédagogiques spécialisées pour l'adaptation et l'intégration scolaire) est ouvert exclusivement aux enseignants titulaires de l'enseignement primaire. Il a été abrogé par les textes de janvier 2004 instituant le CAPA-SH (certificat d'aptitude professionnelle pour les aides spécialisées, les enseignements adaptés et la scolarisation des élèves en situation de handicap) et le 2CA-SH (certificat complémentaire pour les enseignements adaptés et la scolarisation des élèves en situation de handicap).

d'entre eux. L'intérêt qu'ils portent à leur travail (y compris pour ceux qui ont exercé cette profession par hasard), l'envie de s'occuper d'enfants et la satisfaction personnelle qu'ils en tirent sont les principales motivations évoquées. Tous ont été confrontés à des suspicions de maltraitance ou à des maltraitances avérées dans l'exercice de leur métier. Professionnels investis, ils sont très proches de leurs élèves, attentifs à leur réussite et à leur épanouissement.

## Les formes de maltraitance

Un consensus assez large apparaît sur cette question. Les professeurs interrogés considèrent que la violence subie par l'enfant est principalement d'origine familiale. La quasi-totalité d'entre eux perçoivent bien deux types de maltraitance : la première, plutôt d'ordre physique, la seconde, d'ordre psychologique.

La violence physique est abordée spontanément et prioritairement. Les professeurs évoquent des coups, une violence familiale « brutale » ou « aveugle » qui laisse des traces, des bleus, des brûlures. Ils repèrent des enfants qui souffrent physiquement, des enfants qui ont mal, qui s'assoient avec difficulté. Ils sont attentifs à la moindre manifestation de cette nature et ne manquent pas de questionner les victimes lorsqu'ils constatent des traces de violence. Ils évoquent également des privations physiques infligées par les parents : privation de nourriture, privation de liberté, enfermements. Ils dénoncent des contraintes professionnelles lourdes avec des levers très matinaux, un travail éreintant : « une véritable exploitation de l'enfance ».

La maltraitance psychologique ferait selon eux tout autant de dégâts, qu'elle soit verbale, morale ou affective. Leurs représentations se font plus précises : des enfants dévalorisés, humiliés, insultés, blessés moralement, seraient mis à l'écart physiquement et psychiquement. Des enfants peu ou pas protégés des violences intrafamiliales seraient témoins de scènes de ménage, de bagarres, de viols conjugaux, de pratiques sexuelles des frères et sœurs plus âgés. Ils évoquent les dérapages ponctuels en matière de maltraitance psychologique mais dénoncent surtout la violence récurrente, celle qui s'installe comme un mode d'éducation ou de relation, celle qui produit des enfants victimes, atteints dans leur dignité en permanence.

La négligence parentale, qu'elle soit éducative, affective, matérielle ou corporelle, est également très largement perçue par les enseignants. Ils en décrivent quelques manifestations : des enfants abandonnés à eux-mêmes sur un plan général et qui doivent subvenir à leurs besoins matériels ; de très jeunes enfants errant dans la cité à des heures tardives ; des enfants se présentant à l'école sans repas de midi, sans matériel scolaire ; des enfants ne bénéficiant pas des prises en charge médicales

les plus élémentaires alors que les besoins sont avérés ; des enfants sans lunettes, à la dentition dégradée, aux plaies ou oreilles purulentes... Quelques parents n'auraient pas les moyens financiers pour faire face et subvenir matériellement, mais d'autres, plus favorisés, auraient d'autres priorités. Ils sont jugés très sévèrement.

Une origine extrafamiliale de la maltraitance est également perçue par une toute petite minorité d'enseignants. Elle serait plutôt à mettre en relation avec des conditions de vie violentes sur un plan général, en particulier dans certains quartiers défavorisés. Les enfants y seraient témoins de faits violents et donc choquants, tels que racket ou règlements de comptes. Ils en subiraient également les conséquences : racket de leur goûter par les plus âgés, violences physiques et psychologiques entre eux et particulièrement envers les filles, maltraitées par les garçons. Les violences sexuelles font également partie des représentations des violences extrafamiliales possibles. Elles seraient le fait d'inconnus ou de membres de la famille un peu éloignés, un oncle par exemple. La violence institutionnelle de l'école est évoquée par un enseignant. Des collègues fatigués ou désabusés entretiendraient des interactions agressives avec certains enfants, tiendraient des propos humiliants.

Dans le cadre de l'entretien, les professeurs ont ensuite été invités à expliciter leurs représentations des conséquences de la maltraitance sur l'enfant. Tous ont évoqué des conséquences négatives sur son équilibre, son épanouissement, son bonheur. La majorité d'entre eux ont également inventorié des séquelles plus graves, ayant un retentissement indiscutable sur le développement. Les manifestations en seraient d'ordre physique, psychique, émotionnel, cognitif, avec des enfants chétifs, à l'état de santé dégradé, au développement intellectuel altéré. Des enfants présenteraient des états de souffrance psychologique ou de malaise évidents et très repérables. D'autres, désemparés ou terrorisés, le verbaliseraient spontanément au maître pour obtenir une protection. Les professeurs ont décrit, pour finir, l'impact de la situation de l'enfant sur le plan scolaire : repli sur lui-même, démobilisation pour la classe, échec. Tous ont relativisé la notion de réussite ou d'échec scolaire en pareil cas. Ils ont plutôt évoqué en priorité leur inquiétude fondamentale pour l'enfant, à la vie fragilisée et à l'avenir hypothéqué. Un sentiment amer de gâchis, d'injustice et de colère a émaillé la plupart des entretiens.

## Origines, causes et explications

Les professeurs interrogés ont fait état de représentations très diverses sur l'origine de la maltraitance.

La moitié d'entre eux expliquent la violence familiale par une déficience parentale d'ordre psychologique. Ils décrivent des adultes fragiles ou fragilisés par la vie, à l'estime de soi négative ou encore

atteints de maladies chroniques invalidantes. Ils évoquent des adultes toxicomanes, alcooliques, présentant des troubles psychiatriques. Tous seraient maltraitants « passivement », plutôt par incapacité à assumer, par omission, par incompétence.

Un autre groupe d'enseignants fait référence aux pratiques éducatives inadaptées de familles très carencées sur le plan psychosocial. Certains parents, sans limites, ou incapables de voir jusqu'où ils vont trop loin, manqueraient de contrôle et passeraient à l'acte fréquemment. D'autres utiliseraient la violence physique comme unique méthode d'éducation.

La maltraitance trouverait également son origine dans un climat affectif familial particulier. Les professeurs évoquent des enfants « souffre-douleur » de la famille, des enfants rejetés car non désirés, des enfants évoluant dans un climat incestueux particulièrement malsain. Ils observent des phénomènes de « parentalisation ». L'obligation qu'auraient certains jeunes d'exercer des responsabilités d'adulte placerait sur leurs épaules un fardeau bien trop lourd à porter et donc handicapant pour leur avenir.

Une origine interculturelle de la maltraitance est également évoquée par quelques-uns. La violence y est présentée, là encore, comme un mode de relation éducatif, toute transgression du jeune, toute insuffisance ou écart par rapport à la norme parentale étant sanctionné par des coups. Certains parents n'accepteraient pas l'échec scolaire de leur enfant. Confondant des résultats faibles avec un manque d'investissement au travail, ils utiliseraient la violence comme unique canal de communication sur cette question. Dans ce même contexte, le statut des filles est décrit comme très lourd à porter dans les cités. Certaines d'entre elles, mutilées, séquestrées, surveillées, vivraient un véritable calvaire. D'autres devraient interrompre leurs études dans le cadre de mariages arrangés, ici ou dans leur pays d'origine.

Les carences éducatives, les déficiences ou négligences parentales sont également à l'origine, selon les professeurs, de bon nombre de situations de maltraitance. Ils jugent assez sévèrement les parents qui demeurent absents ou injoignables ou qui manifesteraient une absence d'intérêt pour leur enfant. Ils semblent plus tolérants quand la négligence est en relation avec des problèmes familiaux ponctuels. Les divorces, décès, chômage, etc. mettraient momentanément au second plan la qualité de l'éducation apportée à l'enfant, mais avec un effet réversible. La négligence passagère subie par l'enfant serait davantage tolérée.

Au-delà de la recherche de causes isolées et identifiables de maltraitance, les professeurs ont également décrit un mécanisme de passage à l'acte violent des adultes, une forme de réaction en chaîne néfaste. Des parents fragilisés, désemparés, peu épaulés, des parents stressés, exposés à des événements de vie traumatiques ne disposeraient plus

du capital de patience nécessaire ou de la disponibilité psychique pour éduquer sereinement leur enfant. Leur capacité d'autocontrôle serait de ce fait débordée au moindre écart de l'enfant ou à la moindre contrariété. Ils passerait à l'acte maltraitant pour évacuer une tension, pour se « défouler ».

Les liens entre la maltraitance éventuelle et l'appartenance à des milieux socio-économiques et socioculturels divers sont évoqués plutôt en fin d'entretien. Les avis sont très partagés sur cette question. Certains estiment, par exemple, que la maltraitance se rencontre aussi bien dans les milieux aisés que défavorisés. D'autres professeurs évoquent plusieurs cas de figure : des enfants vivant dans la pauvreté mais qui connaîtraient un climat familial affectueux et aimant ; ou encore des enfants évoluant dans une grande misère économique et qui subiraient au quotidien les conséquences néfastes de la situation, sans que leurs parents puissent être directement mis en cause pour mauvais traitement. À l'inverse, le manque de repères et d'amour, la solitude affective dans certaines familles aisées sont considérés comme violents et dévastateurs pour l'enfant.

Enfin, un tiers des professeurs interrogés considèrent que l'enfant est parfois responsable de la violence qu'il subit. Ces maîtres décrivent des enfants perturbateurs, exaspérants, qui feraient perdre le contrôle de l'adulte. Ces enfants sans limites, impossibles à raisonner, ne comprendraient que la violence et le rapport de force pour respecter un cadre défini. Une partie des maîtres cautionnent la violence familiale dans ce contexte.

## **Le vécu : difficultés rencontrées et affects**

Les enseignants sont tous interpellés par le mal-être, le malaise ou la souffrance de l'enfant maltraité. Lorsqu'ils y sont confrontés sur le plan professionnel, ils en viennent assez rapidement et avant toute chose à en rechercher les causes. Leur première difficulté semble consister à établir la preuve des faits. Ils signalent le côté délicat et complexe de l'analyse des situations. Ils s'interrogent sur la crédibilité de la parole de l'enfant, en particulier lorsqu'il y a une plainte mais pas de traces de coups. Ils avouent leur surprise et leur impuissance quand il y a une trace mais que l'enfant refuse d'en divulguer l'origine. Le contexte de la maltraitance leur semble globalement complexe, délicat et difficile à appréhender, à une exception près : lorsqu'il y a des traces de coups et une plainte explicite de l'enfant !

## **Gestion des situations**

Lorsqu'il s'agit de gérer les cas de maltraitance, la plupart des maîtres interrogés manifestent des sentiments divers.

En l'absence d'une procédure définie, d'informations ou de formations sur la question, quelques-uns se sentent dans l'obligation d'établir la preuve formelle des faits avant toute autre démarche. Ils redoutent tout d'abord de commettre une erreur d'analyse. La majorité d'entre eux ne connaissent pas la manière dont la maltraitance sera gérée par les pouvoirs publics, s'ils prennent la décision de la signaler. Beaucoup sont convaincus que la réponse apportée sera de nature judiciaire. Ils évoquent avec anxiété la confrontation à ce milieu : tribunal, avocat, juge, témoignage, convocation, etc. Révéler un acte de maltraitance est considéré comme une responsabilité très lourde à porter. Deux professeurs sur dix redoutent que les magistrats ne retirent l'enfant à sa famille, y compris en cas de maltraitance mineure. Estimant qu'une telle décision ne serait pas pertinente et se substituant à la justice, ils préféreraient dans ce cas ne pas signaler les faits connus.

Une enseignante fait état de son désaccord et de son impuissance quant à la manière dont la maltraitance ordinaire serait insuffisamment prise en compte aujourd'hui par le système scolaire. La situation se serait vraiment dégradée depuis son début de carrière dans les années 1980. Elle dénonce ce qu'elle ressent comme une habituation et une relativisation par rapport à la violence. Quelques autres évoquent la pression médiatique. Ils notent que les médias se sont emparés du sujet et ressentent une incitation à signaler davantage. Ils s'interrogent donc sur leur positionnement professionnel. Ils tentent de trouver leurs propres repères afin de garder une certaine lucidité et une cohérence dans l'action.

## Prise en compte des situations familiales

La situation familiale des parents est souvent prise en compte par les professeurs dans leur manière d'appréhender la situation de maltraitance. Un consensus existe pour donner la priorité à la protection de l'enfant et tous reconnaissent la nécessité d'agir quel que soit le contexte. En revanche, les situations sont gérées avec plus de retenue ou de compréhension selon que les parents sont considérés comme fragiles ou qu'ils appartiennent à une culture banalisant davantage le recours à la violence. La dimension interculturelle entrerait donc en ligne de compte. Elle perturberait les repères de certains professeurs estimant « ne pas pouvoir stigmatiser une famille selon des critères hexagonaux ou occidentaux ». En tout état de cause, les enseignants font référence à une limite et il n'est pas question pour eux de tout accepter. La détresse familiale ou l'origine culturelle n'excuserait pas tout. Une priorité semble dans tous les cas donnée à l'action.

Le rapport de l'enseignant à la famille et à la représentation qu'il s'en fait a également un impact sur la gestion et la perception de la

maltraitance potentielle. Le sentiment d'intrusion dans la vie privée des parents est évoqué. Certains estiment qu'ils n'ont pas à s'immiscer dans cet espace. D'autres tentent de relativiser leur responsabilité en mettant en avant celle des parents : « Ils ont fait des enfants, alors qu'ils les assument ! » Une minorité mettent en avant le respect de l'autorité parentale et tolèrent un peu de violence familiale pour restaurer cette autorité lorsqu'elle est menacée. Ils sont adeptes eux-mêmes de la « claque éducative » en pareille circonstance.

Le désarroi et la surprise désarmant parfois les maîtres quand ils découvrent que des parents « qui présentent bien » et avec qui ils collaborent sur le plan éducatif sont cependant maltraitants. La surprise se double d'un sentiment d'impuissance quand les familles ne reconnaissent pas les faits, « font de la résistance », et que la situation perdure. Ce manque d'emprise sur la situation génère parfois une grande frustration chez les professeurs. Enfin, quelques-uns se sentent dans l'obligation d'affronter la famille et trouvent cela particulièrement pénible, en particulier quand elle conteste.

## Ressenti de la maltraitance

L'impact psychologique de la maltraitance sur les professeurs est relativement lourd. Ils n'ont pas, dans l'ensemble, été formés à la gestion des conséquences de la violence sur le plan psychique. Ils ne bénéficient pas, ou très peu, d'accompagnement institutionnel en la matière. L'impact est particulièrement douloureux pour la moitié d'entre eux, en particulier pour l'un d'eux qui a été victime de ce phénomène dans sa propre jeunesse. Face à la souffrance de l'enfant apparaissent pour certains des sentiments vifs de colère, de révolte et d'injustice. D'autres s'installent plus durablement dans un état de mal-être, de déprime. Ils évoquent des enfants sacrifiés, perdus pour l'avenir. Cet impact peut entraîner le besoin de réparer l'injustice auprès de l'enfant. Il peut être à l'origine d'une forme d'empathie pour des parents désemparés dont ils considèrent qu'ils doivent être aidés. Les affects positifs ressentis pour un enfant peuvent jouer dans le sens du renforcement d'une décision de protection : « Pour cet enfant, j'avais envie de le protéger. » Certains professeurs sont donc conscients que l'aspect affectif peut parasiter leurs décisions. Ils tentent également de trouver des repères stables pour l'action. Enfin, quelques-uns évoquent un sentiment de délation « désagréable » lorsqu'il s'agit d'informer l'institution de pratiques familiales jugées répréhensibles. Ils n'agissent qu'en dernier ressort.

Tous sont ébranlés par la souffrance de l'enfant. Ils ont conscience de devoir se protéger de l'impact morbide de la maltraitance. Ils verbalisent un certain nombre de mécanismes ou procédés défensifs divers. Certains tentent de prendre de la distance affective en effectuant un travail

sur soi. D'autres procèdent par intellectualisation pour relativiser leur responsabilité individuelle. Certains refusent de voir (dénial) les conduites parentales répréhensibles. Ils considèrent que « ce n'est pas leur problème » et qu'ils n'ont pas à en subir les conséquences. D'autres, enfin, compensent, tentent de réparer, font preuve de davantage de proximité avec les victimes.

Cinq enseignants, soit la moitié des personnes interrogées, ont été exposés sur le plan professionnel à des faits graves de maltraitance infantile. Ils verbalisent des insatisfactions et des frustrations importantes quant à la manière dont la maltraitance est parfois gérée par l'institution. Ils sont déstabilisés par des blocages constatés au niveau de leur hiérarchie, qui occasionnellement se refuse à intervenir. Ils déplorent le non-retour d'information des professionnels de l'Éducation nationale chargés de la protection de l'enfance (assistante sociale, psychologue, médecin scolaire), sous couvert du secret médical. Ils se sentent exclus par leur hiérarchie qui refuse de leur communiquer des informations sur les suites qu'elle compte donner au dossier. Ils vivent particulièrement mal certaines phrases de type : « Ça s'arrête là pour vous ! » Ils se démobilisent quand, quelques semaines plus tard, aucune information ne leur est donnée en retour. Ils en éprouvent une réelle frustration et ne peuvent juger si leur intervention a été utile.

## Gestion des difficultés et affects

Les procédures mises en œuvre pour gérer la maltraitance sont très diverses. Les situations sont en général complexes et de nombreuses interrogations persistent sur les conduites à tenir.

Deux enseignants interrogés ne savent pas, par exemple, s'ils ont le droit d'évoquer les situations de maltraitance entre eux, du fait du secret professionnel. Prudents, ils préfèrent ne pas communiquer sur ces questions. Un autre qui ne dispose pas d'une procédure claire fonctionne « au jugé ». Il « sent » le moment d'agir... Pour obtenir de l'aide, il prend des contacts auprès de collègues présumés compétents en la matière. Un troisième transmet l'information au réseau médico-social scolaire, responsable selon lui de la protection de l'enfance : psychologue, médecin scolaire, assistante sociale. Il lui délègue intégralement la prise en charge de la situation de maltraitance.

Un enseignant procède lui-même à une enquête en interrogeant ses collègues et les professionnels du réseau médico-social. Il recoupe ainsi les informations avant d'agir. En cas de suspicion, un tiers des professionnels interrogés convoquent les parents, le plus souvent de manière informelle, dans leur salle de classe. Un enseignant convoque la famille à titre institutionnel en présence du directeur. À l'occasion de ces rencontres, les approches divergent : certains « explorent le terrain » et

tentent de comprendre, ou encore donnent des conseils éducatifs non violents afin de proposer une alternative à la famille. D'autres adoptent des logiques plus « légalistes ». Ils rappellent la loi, éventuellement, mettent le parent en demeure de cesser les actes violents. Ils peuvent décréter une période « probatoire » pour la famille afin de voir si tout rentre dans l'ordre. La réaction de la famille conditionne dans ce cas les suites à donner : soit un retour à la normale des conduites éducatives, soit une poursuite des faits maltraitants. Dans ce dernier cas, le maître en informe sa hiérarchie.

Quatre enseignants sur dix ne prennent plus en considération les négligences ou la violence ordinaire, en particulier dans les quartiers très favorisés où le fait de s'immiscer dans la vie familiale est considéré comme très délicat... Dans les quartiers difficiles, l'effet est quantitatif. Les professeurs semblent submergés par le nombre de cas. Dans un sentiment d'impuissance généralisée, ils constatent les situations à risque mais ne s'estiment plus en mesure de faire face. Sur un plan général, les violences psychologiques nombreuses donnent rarement lieu à une réaction de l'institution, faute de pouvoir les démontrer. Seules les violences physiques « voyantes » et les suspicions d'agressions sexuelles entraînent un signalement immédiat, en particulier dans les établissements des quartiers sensibles.

En cas de défaillance ou de dysfonctionnement de l'institution scolaire pour prendre en charge une maltraitance avérée, deux professionnels évoquent l'éventualité d'effectuer, à titre individuel, un signalement au procureur de la République ou aux collectivités territoriales compétentes. Les autres utilisent le terme « signalement » pour tout acte consistant à prévenir leur hiérarchie. Ils méconnaissent les procédures externes. Ils délèguent donc à l'Éducation nationale la responsabilité d'agir ou non pour transmettre le dossier à l'échelon compétent. Parmi eux, un professeur estime que, de cette façon, il dégage sa responsabilité pénale.

La transmission de l'information à la hiérarchie permet également à quelques-uns de transmettre dans le même mouvement le « fardeau » et la charge affective qui pesaient jusque-là sur leurs seules épaules. Les méconnaissances de procédures à appliquer et l'angoisse que cela sous-tend apparaissent dans certaines affirmations de type : « On fait des demandes d'enlèvement d'enfant, avec certains formulaires. » L'usage ici du pronom « on » (très impersonnel...), l'évocation « de rapt d'enfant » qui renvoie à une représentation fantasmatique angoissante et déstabilisante et enfin le flou concernant le type de formulaire à utiliser témoignent du manque de préparation psychologique et de préparation « tout court » de quelques-uns pour aborder efficacement et plus sereinement la gestion de la maltraitance et ses conséquences.

## Compétences professionnelles

L'établissement d'un bon climat relationnel global dans la classe et la qualité de la relation individuelle à l'enfant – écoute, dialogue, etc. – sont des compétences professionnelles indispensables évoquées prioritairement par tous. Elles ne le sont pas par hasard. Elles sont en effet fondamentales dans ce type de profession où le climat de réceptivité générale des élèves et leur degré de coopération individuel sont déterminants pour l'exercice serein de la profession. Les qualités didactiques, méthodologiques sont également évoquées majoritairement. Une fois les conditions d'enseignement posées sur le plan relationnel, « apprendre à apprendre » semble le second objectif majeur à poursuivre pour les maîtres. L'établissement de relations positives avec la famille ainsi que la capacité à travailler en équipe n'apparaissent qu'à une seule reprise. Cela semble confirmer les données concernant la solitude de l'enseignant dans sa classe et « l'entente » complexe entre l'institution « École » et la famille.

## Besoins et demandes

La majorité des enseignants ont regretté un manque de préparation pour gérer la maltraitance. Quelques-uns ont estimé que le bon sens pouvait tout à fait suffire pour faire face. Un seul professeur a pu bénéficier d'une formation qualifiante sur ce thème précis dans sa formation initiale. Les autres estiment cette formation initiale trop généraliste, avec une prédominance didactique, méthodologique. Trois enseignants ressentent le besoin d'acquérir des compétences sur cette question, de manière scientifique ou professionnelle, par des lectures et des stages. En revanche, l'échange entre collègues, la confrontation à l'expérience et l'usage du bon sens – trois procédés propices à la distorsion de l'information et à des choix de procédures de gestion implicites non validées – sont évoqués à huit reprises. Tous doivent avoir conscience des limites de ces fonctionnements et évoquent massivement des besoins de formation : deux personnes souhaiteraient des informations sur la dimension clinique (déttection et conséquences sur l'enfant), deux autres sur la dimension juridique (droits et devoirs des enseignants). Deux professeurs souhaiteraient que les personnes ressources ou les structures relais soient clairement identifiées. Un autre enfin demande une procédure claire et affichée en salle des professeurs, et conclut : « Ça rebuterait moins de gens. »

## De la bientraitance

Pour ces maîtres, la bientraitance est d'abord de nature éducative : l'éducation, la culture et l'autonomisation du jeune sont au premier

plan pour la plupart. Pour la moitié d'entre eux, la bientraitance serait plutôt de nature psychologique et s'incarnerait dans la relation à l'enfant : le respecter, le valoriser, lui donner confiance. Ce point de vue à connotation éducative et relationnelle est plutôt cohérent avec les valeurs qui ont fondé leur choix de la profession d'enseignant. Ils évoquent ensuite, de manière moins saillante, la satisfaction des besoins matériels ou physiologiques, la bientraitance affective faite d'attention, d'écoute et d'amour, l'importance d'une démarche familiale consistant à s'investir pour son enfant et à lui consacrer du temps.

## En guise de conclusion

Les professeurs interrogés se sentent très concernés, impliqués et touchés par la question de la maltraitance. Ils sont particulièrement attentifs à la santé et à la sécurité physique et affective de leurs élèves. Leur gestion de la maltraitance s'effectue sous le règne de la diversité des approches et des procédures. Les pratiques professionnelles sont toutes différentes. Elles sont largement dictées par des habitudes locales qui circulent de bouche à oreille. Cette « gestion à vue », qui tient plus du bon sens de chacun que d'une réelle professionnalisation, fluctue selon les caractéristiques des élèves, selon le type d'établissement et le quartier dans lequel il est implanté, selon les caractéristiques des familles plus ou moins fragilisées ou d'origine étrangère et selon qu'elles correspondent au modèle interne de parent idéal pour le professeur. Ces professeurs (à une exception près) n'ont pas été formés à la gestion de problématiques complexes nécessitant une démarche réflexive et un travail sur soi. Ils sont mal préparés à affronter les conséquences psychologiques, administratives et judiciaires de la maltraitance. Ils en subissent le contre-coup psychique : inquiétudes, mal-être, indécision, interrogations. L'institution semble par ailleurs constituer un milieu clos, dans lequel la situation de maltraitance va être appréhendée et autogérée, à l'exception des cas graves. Le manque de références à d'autres institutions de protection de l'enfance, numéros d'urgence ou autres réseaux relais (associations locales, services municipaux, etc.) pour prendre en charge les enfants en danger et leur famille en témoigne. De même, la majorité des enseignants interrogés ne semblent pas au clair sur la loi qui leur fait obligation d'intervenir en matière de protection de l'enfance. Bon nombre utilisent le terme de « signalement » pour toute action qui consiste à informer leur hiérarchie au sein de l'Éducation nationale.

Un professeur parmi les dix rencontrés déclare avoir suivi une formation pertinente d'une journée et demie sur le thème explicite de la maltraitance : apport théorique, approche réflexive et débat avec une assistante sociale. Ceci réduit notablement son besoin d'obtenir des informations par le biais de ses collègues. Sa connaissance claire d'une

procédure stabilisée est de nature à alléger ses affects : il ne verbalise pas d'inquiétude particulière mais signale simplement le poids de cette responsabilité. Sa prise en charge de la protection de l'enfance doit s'en trouver plus efficace.

L'analyse des entretiens montre également que certaines pratiques de violence familiale sont tolérées (gifle éducative), en particulier quand « l'enfant le mérite ». Il semble bien qu'il n'existe actuellement aucun consensus clair sur l'indispensable caractère non violent qui doit préside à l'éducation des enfants. Le problème central soulevé par cette étude semble être le phénomène d'habituation ou de relativisation des enseignants concernant l'enfant en risque qui connaît « des conditions d'existence mettant en danger sa sécurité, sa moralité, son éducation ou son entretien, mais qui n'est pas pour autant maltraité ». Si l'enfant maltraité est pris en charge systématiquement par l'institution, l'enfant en risque est peu pris en compte (sentiment d'impuissance, fatalisme, cas à traiter trop nombreux, situations complexes à démontrer, etc.). Un certain nombre d'enseignants ne semblent donc plus prendre en compte ni gérer les négligences ou les défaillances familiales qui ont pourtant des conséquences néfastes sur le développement de l'enfant.

Deux axes de travail peuvent être formulés pour répondre aux besoins des enseignants en matière de formation. Le premier objectif serait d'engager une réflexion au niveau des équipes éducatives sur l'éducation non violente de l'enfant, tant au niveau de sa famille que du système scolaire. La référence aux droits de l'enfant constituerait une excellente entrée en matière. Le second objectif consisterait à sensibiliser davantage les professeurs aux effets néfastes des négligences diverses sur le développement et surtout à leur donner les moyens d'y faire face.

Pour cela, une formation de type autoréflexive, dans le cadre d'un groupe de parole, animée par des professionnels de la protection de l'enfance, une formation pluridisciplinaire (juristes, assistantes sociales, infirmières, psychologues scolaires, médecins scolaires, animateurs de centres de loisirs, représentants d'associations, etc.) permettrait aux professeurs d'ouvrir leur horizon à d'autres réalités, représentations et formes de pratique. Un tableau synoptique à « affichage obligatoire » en salle des maîtres (procédure Éducation nationale) permettrait aux enseignants de connaître leurs droits et devoirs sur cette question et de disposer rapidement des informations concernant les structures relais.

## CHAPITRE 7

# Les médecins : une certaine réticence à signaler

Jocelyne Hansen, Elena Myasoedova

---

« La médecine n'est pas une science mais un art », déclare un médecin participant à notre étude, et il ajoute : « Sélectionner des médecins sur les maths et la physique, c'est sélectionner des robots capables de faire des QCM, mais pas forcément capables de réfléchir, et je pense qu'on serait bien inspiré de sélectionner les médecins sur un entretien de culture générale et de motivation et de savoir s'ils ont lu *L'Éducation sentimentale* ou *Les Frères Karamazov*, car la culture générale est un élément d'ouverture d'esprit qui permet de mieux comprendre les choses, de mieux les apprêhender, et la littérature va nous offrir la sensibilité nécessaire dans notre rôle de médecin généraliste. »

« Lorsqu'un médecin discerne qu'une personne [...] est victime de sévices ou de privations, il doit mettre en œuvre les moyens les plus adéquats pour la protéger en faisant preuve de prudence et de circonspection », prévoit le code de déontologie<sup>1</sup>.

Sensibilité d'un côté, procédures administratives ou judiciaires de l'autre, deux facettes apparemment contradictoires mais qui sont à l'œuvre quand le médecin doit apprêhender les situations de maltraitance.

Dès 1860, Tardieu, médecin légiste, fait, à partir de l'observation de cas d'enfants, une description des sévices infantiles, mais il faut attendre 1965 pour que l'opinion médicale prenne conscience du problème. La maltraitance est une réalité, « c'est plus fréquent qu'on ne le pense » et le Rapport mondial sur la violence et la santé de l'Organisation mondiale de la santé (2002) note le nombre considérable de décès d'enfants de moins de 15 ans par homicide survenus dans le monde, la grande vulnérabilité des très jeunes enfants et le manque de données

---

1. Article R. 4127-44 du code de santé publique.

fiables. La maltraitance concernerait, en 2000, selon l'Observatoire national de l'enfance en danger (ONED), 83 800 enfants regroupés sous l'appellation « enfants en danger », somme des enfants maltraités et des enfants en risque signalés dans l'année. Dans son rapport de 2008, l'ONED rapporte que 265 900 enfants de moins de 18 ans bénéficient d'au moins une mesure de prise en charge fin 2006, soit 1,88 % des enfants de moins de 18 ans<sup>2</sup>. Pour la France, selon les sources, les chiffres sont discordants (Tursz, 2009). Gabel<sup>3</sup> (*Ordre national des médecins, 2002*) constate que « 30 ans après [la loi du 15 juin 1971 : première dérogation au secret médical], il n'y a encore que 2 % de signalements d'enfants maltraités qui proviennent des médecins. C'estridiculement peu » (p. 8).

Alors que les médecins entrent au domicile des familles, examinent le corps de l'enfant, sont susceptibles d'entendre des confidences et d'observer des comportements, voire des signes extérieurs, pourquoi sont-ils si rarement à l'origine des signalements d'enfants maltraités ? Gabel (2002) évoque de nombreuses raisons dont des réflexes de défense (doute sur la réalité des faits, justifications de la maltraitance par des arguments socioculturels) ; des attitudes paralysantes (peur de perdre la confiance de la famille, de la marquer socialement) ; des scrupules déontologiques à propos du secret professionnel ; la crainte de mettre en route une lourde machine administrative ou judiciaire qui deviendrait incontrôlable ; le sentiment de pouvoir parvenir à protéger seul la victime et à améliorer le fonctionnement familial ; l'isolement (réticence à partager des soupçons avec l'Administration ou la justice) et enfin une insuffisance de formation médicale sur cette question.

Par ailleurs, toute rencontre humaine est connotée par des éléments inconscients et conscients qui viennent colorer la qualité du contact. Pour intervenir de manière pertinente dans les situations de maltraitance à enfant, de Becker (2008) pense qu'une formation solide et une expérience clinique ne sont pas suffisantes pour garder neutralité et objectivité bienveillante, mais qu'« un travail sur les représentations est une étape cruciale pour renforcer un professionnalisme de qualité ».

Les situations de mauvais traitements sont probablement les plus dérangeantes pour le praticien, celles dans lesquelles il se sent le plus impliqué affectivement. Elles bouleversent le mythe de l'amour maternel inné et inconditionnel. Elles renvoient le médecin à sa propre agressivité, à son ambivalence personnelle dans ses relations avec les enfants – les siens et ceux des autres. Il ne peut s'empêcher de se projeter dans les parents qu'il a devant lui. Si ceux-ci sont normalement insérés dans la

---

2. Enfants correspondant à des signalements de l'année ou d'années antérieures.

3. Propos recueillis par Arlette Chabrol.

société, il va s'identifier à eux, ne pouvant imaginer que ces personnes qui lui ressemblent puissent mettre à mal leur enfant. Au contraire, il aura du mal à se défaire de préjugés vis-à-vis de parents marginalisés socialement ou incapables de s'exprimer correctement. Ce qui constitue le clinicien, affectivement et professionnellement, va alors entrer en résonance avec les faits rapportés, les personnalités en présence, les interactions, etc., lors de la première rencontre et de la présentation de la situation. Il est donc important de se distancer suffisamment de ses représentations pour avoir cette écoute neutre et bienveillante.

Comment les médecins dépistent-ils et prennent-ils en charge les enfants maltraités ? Pour répondre à cette question, nous avons rencontré huit médecins dont sept exercent en secteur libéral à Paris et dans quelques communes de la banlieue parisienne à profils socioculturels variés (Versailles, Trappes, Guyancourt) ; le huitième est fonctionnaire de l'Éducation nationale dans les établissements des Hauts-de-Seine. Six praticiens ont eu une formation initiale de médecine générale – 6 ans d'études sans spécialisation –, deux ont été formés initialement en médecine pédiatrique. À l'exception d'un seul, tous les praticiens rencontrés ont une expérience professionnelle riche (entre 26 et 32 ans), dans le domaine de leur exercice.

La très grande majorité d'entre eux ont suivi au moins une formation complémentaire au cours de leur carrière. Le choix de ces formations comprenait différents modules de médecine naturelle, l'homéopathie, l'acupuncture, une formation continue en oncologie, les DU de psychopathologie, de psychopathologie du développement de l'enfant et de l'adolescent, une formation complémentaire en psychologie psychanalytique, un DU de médecine de sport et une formation à la problématique de la maltraitance sous différentes formes. Les volumes horaires étaient très différents.

Malgré une solide et longue formation, la quasi-totalité des praticiens n'ont reçu aucune formation en psychologie durant le cursus initial. Un médecin a suivi 10 heures de psychologie – les grandes théories – à la faculté de médecine. Un autre a suivi environ 20 heures de psychologie en première année de médecine ; il décrit ce cursus comme étant de la « psychologie sociale ». Quelques médecins – notamment les pédiatres – ont été formés à la détection des grands signes de maltraitance physique chez l'enfant. Aucun n'a reçu un enseignement concernant d'autres formes de maltraitance.

## Les représentations de la maltraitance

Définir la maltraitance ne semble pas chose aisée. Ce concept apparaît sous une forme très résumée, concise, exprimée à l'aide de deux, voire une seule phrase. Deux médecins ne développent pas leurs représentations

de la maltraitance et plusieurs n'ont pas de définition précise. Un médecin nous dit : « Ma définition à moi n'est peut-être pas la même que la vôtre ou que celle de quelqu'un d'autre », tandis qu'un autre pose la question de la frontière entre différentes manifestations de la violence et la maltraitance. Un médecin qualifie de « vraie maltraitance » la maltraitance faite « dans l'intention de faire mal, sans but éducatif ».

Tous distinguent les deux grandes formes de maltraitance physique et psychologique, les autres types de maltraitance étant mentionnés plus ponctuellement. La maltraitance physique « est facile à détecter, il y a des choses concrètes sur lesquelles on peut s'appuyer : il y a des coups, des bosses, des bleus, des hématomes, une alopecie ou encore des fractures ».

La maltraitance psychologique ou mentale apparaît comme étant hautement préoccupante pour tous les médecins. Elle est définie à la fois comme le non-respect de l'individu enfant, mais aussi par rapport au degré de souffrance de la personne qui la subit. Ce serait toute situation qui entraîne une souffrance physique ou psychique. La maltraitance psychologique n'est pas forcément quelque chose qui blesse immédiatement, mais elle peut être plus violente qu'une violence physique, faire plus de dégâts. « Ça peut être très vicieux », la forme la plus violente étant de dire à un enfant « qu'on regrette de l'avoir mis au monde ».

Le non-respect du développement psychologique de l'enfant, un autoritarisme abusif, des pressions excessives, l'isolement, une culpabilisation permanente, le rejet, l'abandon, l'enfant souffre-douleur ou l'enfant bouc émissaire sont quelques-unes des formes que prend la maltraitance psychologique. La maltraitance verbale (menaces, humiliations, dévalorisation) relève également pour plusieurs médecins de la maltraitance psychologique. Les carences affectives, de soin (non-respect des besoins fondamentaux) et d'éducation (manque de repères sécurisants), mais aussi des attitudes et méthodes éducatives non adaptées à l'âge de l'enfant (exigences excessives sur le plan éducatif ou scolaire, punitions, interdictions non fondées), sont considérées comme de la maltraitance.

Le caractère insidieux – reconnu par tous – de la maltraitance psychologique, la non-existence de preuves « objectives » et les formes nombreuses et variées qu'elle peut prendre la rendent difficile à prouver et son interprétation peut être « subjective ». S'ils sont cependant sensibles aux conséquences de la maltraitance et voient prioritairement la souffrance et le mal-être de l'enfant, ils n'évoquent pas le fait qu'un enfant exposé à de mauvais traitements psychologiques est aussi souvent exposé à d'autres formes de mauvais traitements, physiques ou sexuels, comme beaucoup de recherches l'attestent.

D'autres formes de maltraitance comme le harcèlement sexuel, les attouchements, les abus sexuels et la pédophilie sont également dénoncés.

Ne pas assurer la protection de l'enfant en le laissant maltraiter soit par ses frères et sœurs soit par ses pairs à l'école, ou encore par l'institution scolaire en tant que telle, est reconnu comme une forme de maltraitance.

L'évolution du concept de maltraitance qui se faisait, au cours des entretiens, par une prise de conscience progressive de l'existence des différentes formes de maltraitance rejette la définition de la maltraitance proposée par l'ODAS (1994) : « L'enfant maltraité est celui qui est victime de violences physiques, cruauté mentale, abus sexuels, négligences lourdes ayant des conséquences graves sur son développement physique et psychologique » (p. 46). Mais aucun médecin n'évoque les droits de l'enfant ou encore l'existence d'un observatoire spécifique.

Un médecin mentionne enfin une forme plus exceptionnelle de maltraitance, celle exercée par un enfant envers ses parents.

## Origines, causes et explications de la maltraitance

Pour les médecins, la maltraitance vient dans 70-80 % de la famille ou d'un milieu proche de la famille. Dans le cadre intrafamilial, elle est surtout le fait des parents mais aussi des frères et sœurs ou de personnes du milieu proche de la famille. Mais elle peut aussi provenir d'un contexte extérieur : d'un ami, d'une connaissance de la famille, d'un voisin.

De nombreux médecins font part des violences institutionnelles. L'école et les enseignants sont particulièrement ciblés. Un médecin regrette que les enseignants n'aient pas les connaissances suffisantes concernant le développement de l'enfant d'un point de vue physiologique et psychologique. Par voie de conséquence, ils ont des attentes qui ne correspondent pas aux possibilités réelles de l'enfant à un moment donné et cela conduit à des attitudes maltraitantes qui se traduisent par des exigences inadéquates, des punitions injustifiées ou des dévalorisations verbales (« Tu es nul », « Tu n'es bon à rien », « Tu n'es pas assez bon, tu n'y arriveras jamais »). Les remarques concernant la méconnaissance de l'évolution de l'enfant et de ses besoins s'adressent aussi aux assistantes maternelles. D'autres institutions comme les colonies de vacances sont également mentionnées.

Plusieurs médecins résument laconiquement leur pensée par la formule « Ça peut être n'importe qui », complétée par : « Ça arrive dans tous les milieux. » Parlant de son secteur de travail, un médecin précise : « Moi, je soigne ici un échantillon complet : j'ai des gens qui habitent dans des villas cossues et des gens qui habitent des HLM, j'ai des gens très simples et je vois de la maltraitance dans toutes les classes sociales ! » Il semblerait plus difficile pour un médecin de diagnostiquer la maltraitance quand elle se situe au sein de la famille, parce que la

victime a du mal à formuler et à reconnaître que ce n'est pas normal d'être maltraité. Alors que si c'est à l'extérieur de la famille, la plainte peut s'exprimer.

Les médecins se sont exprimés avec beaucoup de réticence au sujet de la justification de la maltraitance. Pour quelques-uns, « rien ne peut justifier la violence » et « la prise de conscience des causes possibles n'apporte pas de solution ». Ils se montrent gênés et de leur point de vue, il n'y aurait pas d'explication à la violence, seulement une perte de contrôle. Cependant, la plupart évoquent un aspect transgénérationnel. L'un deux cite le cas d'une mère qui a été abandonnée, qui n'a jamais reçu un câlin ni été prise dans les bras et qui, devenue mère à son tour, est incapable d'avoir un geste d'affection et ne parle de son enfant qu'en termes négatifs. Il conclut : « Cette mère ne pourra pas reproduire un schéma qu'elle ne connaît pas. »

Les personnes ayant vécu des maltraitances étant enfant et n'ayant pas connu d'autre forme de relations reproduisent, souvent à leur insu, les comportements et attitudes qu'elles connaissent, sans prendre conscience que leur comportement ne correspond pas aux normes sociales. L'histoire de la personne, ses antécédents, la façon dont elle a vécu son enfance permettent de comprendre pourquoi une personne est amenée à avoir des comportements violents vis-à-vis d'une autre personne. Le fait de conscientiser et d'intégrer l'expérience traumatique d'avoir été maltraité dans son enfance plutôt que de s'en dissocier réduirait la probabilité de transmission intergénérationnelle de la maltraitance ([CLIPP, 2009](#)).

Les secrets de famille, les non-dits ainsi que le fait de dissimuler certaines difficultés de la vie peuvent, alors que les parents cherchent d'une certaine manière à protéger leur enfant, avoir l'effet inverse et conduire à des actes violents. Le rythme de vie des parents est aussi mis en cause par les praticiens. Du fait d'un emploi du temps très chargé, ils manquent de temps pour s'occuper de leurs enfants et soit ceux-ci se retrouvent souvent seuls, soit les parents déléguent à des substituts le temps qu'eux-mêmes ne peuvent leur accorder. Des parents qui rentrent épuisés de leur travail sont aussi moins disponibles pour leur enfant.

La souffrance psychologique, le mal-être, les maladies psychiatriques comme la psychose, la dépression ou les conduites addictives (alcoolisme, drogue) sont des facteurs favorisant la maltraitance. Des conditions économiques et environnementales difficiles ou stressantes, le chômage, la fatigue, des difficultés financières, un contexte familial peu sécurisant ou un manque de stabilité dans la vie quotidienne peuvent amener une personne à des actes violents. Cependant, plusieurs médecins pensent que le milieu socio-économique en tant que tel n'est pas générateur de maltraitance ; l'élément déterminant serait plutôt les

antécédents ou le vécu de la personne qui, à un moment donné et dans des conditions particulières, vont mener à un passage à l'acte.

L'éducation d'un enfant semble aussi quelque chose de difficile pour un certain nombre de parents, soit parce qu'ils ont des pratiques éducatives obsolètes, soit parce que c'est un enfant difficile et que, désesparés face à son comportement, ils vont manquer de contrôle et maltraiter soit physiquement soit verbalement. Les médecins constatent aussi des pratiques éducatives erronées (calfeutrer les murs et le plancher pour qu'un enfant ne se blesse pas en tombant, cacher les fourchettes pour éviter qu'il se pique, éviter de sortir, l'isoler) néfastes pour le bon développement de l'enfant. Dans un certain contexte culturel particulier (milieu africain), il peut enfin exister une certaine violence – tolérée – vis-à-vis des enfants. Cependant, ils soulignent qu'il est nécessaire de nuancer en fonction de la culture et surtout de ne pas stigmatiser.

Les différentes causes évoquées montrent bien que le phénomène de la maltraitance envers les enfants est complexe et que celle-ci est souvent le résultat de l'interaction d'un ensemble de facteurs de risque à la fois au niveau individuel, familial, sociétal et environnemental.

## Vécu et gestion des difficultés rencontrées et des affects

Étant donné l'âge moyen de la plupart des médecins rencontrés, entre 51 et 60 ans, et l'ancienneté de leur expérience professionnelle (supérieure à 25 ans), les difficultés évoquées quant à la gestion des situations de maltraitance se rapportent souvent à la période du début de leur carrière. Quelques médecins déclarent ne voir que rarement des cas de maltraitance ; l'un dit : « Ce n'est pas si fréquent que ça » puis ajoute : « À partir du moment où on est attentif, on en voit peut-être un peu plus. » D'autres sont exposés à ce type de situation de façon plus régulière, notamment dans certains secteurs de l'ouest parisien. Il semble donc nécessaire, pour le praticien, d'avoir un regard particulier et une observation attentive et prolongée pour découvrir des situations de maltraitance.

Confronté à des enfants manifestement maltraités, un médecin dit ne pas avoir voulu y croire : « Il s'agissait de quelque chose d'imperméable, j'ai nié le diagnostic » ; un autre a eu une réaction de nausée, d'horreur ; pour un autre, les cas de maltraitance sont des cas douloureux. *A priori*, pour le médecin, des parents qui consultent régulièrement pour des problèmes de santé de leur enfant sont un signe positif qu'ils s'en occupent bien, « ce sont de bons parents ». Le médecin servirait « d'alibi ». Zamet (1996) déclare que « pour reconnaître la maltraitance psychologique, il faut y croire » et que c'est une réalité qu'il n'est pas facile d'appréhender.

Tous les praticiens, sauf un, ont essayé de partager leur vécu et leurs difficultés quant à la prise en charge de ces situations. Les cas de maltraitance physique avérée sont « les plus simples » et « dans ces cas-là, on n'a pas d'état d'âme ». La démarche de signalement auprès des autorités administratives ou judiciaires est automatique. Face à une situation de maltraitance psychologique ou dans des cas de suspicion de violence, inférés à partir de la relation parent-enfant observée en cabinet ou encore de la souffrance psychologique de l'enfant, les médecins ont le « sentiment d'être limité dans [leurs] compétences ». Ils éprouvent un sentiment de solitude, de doute et se méfient de leur propre ressenti. Plusieurs évoquent les « cas douteux » quand la situation n'est pas très claire, qu'ils sont en possession d'un certain nombre d'éléments pouvant faire penser à de la maltraitance mais où rien n'est sûr. Ils craignent d'être excessifs en faisant un signalement, car ils savent que cela risque d'entraîner des bouleversements et d'avoir des conséquences dramatiques pour la famille et pour l'enfant lui-même. Coen (2001) souligne que ces problématiques difficiles à cerner, voire à comprendre, le sont d'autant plus à signaler, mais que le professionnel a, en vertu de la loi de juillet 1989, cette obligation de signaler toute situation d'enfance en danger. Il conclut qu'il s'agit d'une « obligation paradoxale d'intervention des professionnels, rongés par le doute, en difficulté d'évaluation » (p. 187).

Un médecin qui s'interrogeait sur une situation délicate a demandé une hospitalisation de l'enfant afin de « le sortir de son milieu familial », pour pouvoir mener des investigations complémentaires, faire un bilan physique et surtout psychologique, et permettre ainsi, si nécessaire, dans un second temps, de faire un signalement et ne pas accuser, peut-être à tort, les parents de maltraitance. Dans certains cas, le médecin a pu demander conseil au Conseil de l'Ordre des médecins, prendre contact avec le médecin de la Direction départementale des Affaires sanitaires et sociales (DDASS) et réclamer un suivi de la famille, s'adresser à un pédopsychiatre, à un psychologue qui va accompagner cet enfant ou encore à des enseignants « qui sont en première ligne pour détecter les choses ». Gignon et al. (2009) reconnaissent que la suspicion de maltraitance à enfant est une situation périlleuse pour le médecin et le diagnostic de maltraitance souvent délicat à poser avec certitude. De plus, l'action comme l'inaction du médecin en termes de signalement apparaît risquée. Ils suggèrent que la prise en charge efficiente de ces situations, souvent complexes sur le plan tant médico-judiciaire que social, relève d'un travail pluriprofessionnel en réseau (médecins et professionnels du champ socio-éducatif).

Aborder le problème de la maltraitance avec une famille est toujours ressenti comme quelque chose de difficile. Dans la plupart des cas de

maltraitance psychologique ou de carences éducatives, ils se positionnent tous comme ayant un rôle à jouer dans la prévention ou dans la guidance parentale « avant que les mères ne passent à l'acte » par le biais de « conseils en éducation ou en orientant la famille vers un spécialiste ». Ils se montrent soucieux de protéger l'enfant et il leur semble important d'instaurer avec la famille une relation de confiance qui permet le dialogue, de faire alliance avec elle pour amener à une évolution des parents dans leur relation avec leur enfant. Mais il peut arriver que la famille quitte la consultation, « s'échappe, se sauve », et alors un message d'alerte est lancé.

Les médecins ayant eu une formation au sujet de la maltraitance semblaient plus à l'aise pour détecter les signes de souffrance psychologique chez les enfants et connaissaient mieux les personnes ressources ainsi que les démarches et procédures de signalement. Un référentiel d'observation pour le repérage précoce des manifestations de souffrance psychique et des troubles du développement chez l'enfant et l'adolescent à l'usage des médecins existe depuis 2006.

## Compétences personnelles

Plusieurs médecins ont été déconcertés pour parler de leurs compétences. Ils ont montré leur réticence à l'égard de cette question en ne pouvant que difficilement les décrire. Voici une remarque de l'un d'eux : « Ma conception de la médecine, c'est que le jour où on se pense compétent, c'est le jour où on se trompe. Donc on sait faire, on sait rechercher mais on ne sait pas tout. » Les deux compétences citées par la grande majorité des médecins sont d'une part la capacité d'une écoute bienveillante qui laisse aux patients le temps de s'exprimer et d'autre part la capacité de faire une analyse perspicace de la situation pour mesurer l'urgence de la crise, pour réagir efficacement au bon moment et soit proposer une prise en charge adaptée, soit orienter les patients vers des spécialistes ou vers l'hôpital. Pour certains, il y aurait un lien entre le psychologique et le somatique. Il leur paraît important de comprendre le motif de la consultation, de percevoir une demande à travers une plainte somatique et d'avoir un grand respect pour tout ce qui n'est pas organique. Ils se décrivent comme des acteurs ayant des fonctions dans le cadre de la prévention. Considérant l'enfant comme un être social, affectueux, gai et équilibré, les médecins orienteraient leurs relations sociales avec lui vers une « alliance » adulte-enfant de type démocratique, servant ainsi de modèle aux parents et leur permettant d'adopter un nouveau type de relation avec leur enfant et, à la limite, un autre style éducatif. Dans le système scolaire, ils ont des fonctions de prévention et d'intégration des enfants malades ou handicapés. Un seul médecin pense qu'il est nécessaire de s'interroger sur sa pratique professionnelle.

## Besoins et demandes

Pour ce généraliste qui reçoit des enfants malades, en général accompagnés, et qui ne viennent pas pour parler de maltraitance, le médecin « n'est pas la personne la mieux placée pour la détecter et la repérer », propos assez contradictoire avec les écrits de nombre de ses confrères, tels Sicot (2000), pour qui les médecins – et plus particulièrement les généralistes et les pédiatres – ont un rôle clé dans le signalement de l'enfance maltraitée et auraient longtemps été les seuls praticiens à s'occuper de maltraitance (Mousset-Libéau, 2004).

Si les médecins semblent bien formés pour diagnostiquer les violences physiques et les abus sexuels, ils peuvent, en revanche, s'avérer moins sensibles aux violences psychologiques et aux négligences. C'est pourquoi tous les médecins se sont exprimés sur la nécessité d'une formation à la problématique de maltraitance à l'usage des praticiens du secteur libéral. Plusieurs demandes précises ont été formulées, comme intégrer cette formation dans le cursus de formation initiale. Ils souhaitent des informations sur les différentes formes de maltraitance ainsi que des outils de mise en évidence simples, efficaces et pragmatiques leur permettant le repérage des situations de maltraitance psychologique. Les démarches à suivre ainsi que les procédures administratives et/ou judiciaires sont mal connues et nécessitent une remise à niveau. Pour faciliter l'orientation et la prise en charge des enfants et des familles, ils souhaitent mieux connaître les différents acteurs susceptibles d'intervenir. Toujours dans le champ de la maltraitance, certains demandent une formation à l'entretien avec les parents en situation de maltraitance, la mise en place de groupes de réflexion de type Balint, ainsi qu'une formation horizontale faisant intervenir les différents professionnels concernés et permettant de confronter les points de vue et les doutes de chacun.

Selon l'ODAS, les médecins ne seraient à l'origine que de 5 % des signalements. Il semble donc important d'entendre leur demande de formation au sujet de cette problématique qualifiée aujourd'hui de problème de santé publique dans la perspective de la protection des mineurs. Plusieurs médecins souhaiteraient également avoir plus de temps en consultation pour donner aux parents le temps de s'exprimer, aller au-delà d'un simple diagnostic médical et entendre la demande réelle du patient.

## La bientraitance

Le terme de « bientraitance » fait surgir des représentations riches et variées chez pratiquement tous les praticiens, et la nécessité de créer toutes les conditions pour le plein épanouissement de l'enfant en

fonction de sa personnalité paraît essentielle. Elle est définie par un médecin comme le fait de « savoir poser des limites, établir des sanctions quand elles sont nécessaires, adaptées en fonction de l'âge et de la maturité de l'enfant ». Cependant, la place prioritaire est attribuée à la satisfaction des besoins affectifs qui permet l'établissement d'un climat de sécurité favorisant ultérieurement des relations sociales harmonieuses. Un accompagnement de l'enfant dans son développement qui tient compte de son évolution et de son fonctionnement psychique, un accompagnement sur le plan cognitif qui lui permet d'agir et de maîtriser son environnement, la satisfaction de ses besoins de communication en lui donnant un espace de dialogue avec son entourage et la possibilité de s'exprimer et de poser des questions faciliteront son acquisition de l'autonomie, son intégration dans la société et répondront à ses besoins de contacts sociaux. Enfin, le besoin de valorisation contribuera à la constitution de l'estime de soi. Ces aspects affectifs, cognitifs et sociaux du développement psychologique sont en interaction constante et selon Maillochon (2001), « les conditions générales de vie des enfants ont une influence sur la façon dont s'harmonisent les différents aspects du développement ». Un praticien considère que c'est « un peu utopique de définir la bientraitance » et la résume comme étant « le contraire, le symétrique de la maltraitance ». Pour Peille (2005), la bientraitance n'est pas l'envers de la maltraitance, « elle est le souci de "bien traiter", c'est-à-dire de prendre soin de l'autre ».

La maltraitance infantile est un problème social et aucune violence envers les enfants, qu'elle qu'en soit la forme, ne devrait être ignorée. Formation, expérience et mise à distance de ses affects seraient les trois paramètres indispensables à tout médecin pour gérer toute situation de maltraitance à enfants et pour accompagner les enfants maltraités. Il est donc indispensable de prendre en compte tant les demandes de formation que la mise en place de structures pluridisciplinaires pour les évaluations de situations délicates, ainsi que des lieux d'échanges pour la gestion des affects.



## CHAPITRE 8

# Les psychologues : des acteurs pour prévenir et réparer

Jocelyne Hansen

La maltraitance envers les enfants et les adolescents est une préoccupation relativement récente en France, puisque la première loi réprimant les abus de la puissance paternelle date de 1889 et l'introduction de sanctions pénales contre des parents coupables de sévices ou de violences contre leurs enfants mineurs de 1898. Aux États-Unis, dès 1874, l'association de l'enfance maltraitée est créée : The New York Society for the Prevention of Cruelty to Children. Dans la seconde moitié du xx<sup>e</sup> siècle, l'intérêt pour l'enfance maltraitée devient un sujet d'étude, principalement après la publication de l'article « Le syndrome de l'enfant battu » de Kempe et al. (1962).

Les recherches concernant la maltraitance physique, la négligence et les abus sexuels se multiplient. Ce n'est que plus récemment que la maltraitance psychologique est prise en compte et devient une problématique universelle. En 1983, lors de la Conférence internationale sur la maltraitance psychologique des enfants et des adolescents, une définition est proposée qui inclut à la fois des comportements actifs – souvent associés à l'abus – et des comportements passifs – plutôt associés à la négligence (Hart et Brassard, 1987). Elle est très souvent présente dans les cas de maltraitance physique et sexuelle et conduit à l'isolement (Garrison, 1987). Elle ajoute que le psychologue est particulièrement concerné par cette maltraitance psychologique, parce qu'elle peut considérablement limiter les capacités de l'enfant à se réaliser en tant qu'adulte et à atteindre son potentiel maximal sans souffrir de handicaps physiques, émotionnels, mentaux ou sociaux. Par ailleurs, comparée à la maltraitance physique ou aux abus sexuels, le concept

de maltraitance psychologique est beaucoup plus difficile à définir et à identifier, ce qui gêne pour la mise en place et le développement de stratégies de prévention et d'intervention.

Qu'en est-il de la situation en France aujourd'hui ? Pour mieux la cerner, nous avons rencontré 17 psychologues, dont 16 femmes et 1 seul homme. Leur expérience professionnelle varie de débutant (1 an d'ancienneté) à très expérimenté (40 ans de pratique professionnelle). Ils travaillent en tant que psychologues dans différents secteurs de l'enfance et de l'adolescence : Aide sociale à l'enfance (ASE), hôpital, centre de soins spécialisés autour des addictions, maison des adolescents, Protection judiciaire de la jeunesse (PJJ), Protection maternelle et infantile (PMI) [crèche], Éducation nationale (psychologue scolaire), structure de soutien à la parentalité, ou encore en libéral. Ils peuvent, parallèlement à leur fonction de psychologue, exercer comme cothérapeute, faire de l'accompagnement ethnopsychiatrique, animer des groupes de parole, organiser des groupes de médiation ou être chargés d'enseignement à l'université, donc dans un même lieu ou dans des lieux différents. Certains ont travaillé au cours de leur carrière en tant que psychologues dans d'autres secteurs que celui dans lequel ils sont actuellement. L'éventail très large des champs d'intervention de ces psychologues et leur longue expérience professionnelle nous a permis d'obtenir des informations pertinentes et nuancées concernant leurs représentations de la maltraitance.

## **Les représentations de la maltraitance**

La maltraitance serait, selon les psychologues rencontrés, tout ce qui peut hypothéquer le développement du sujet sur le plan physique et sur le plan psychique et social, ce qui entrave son développement affectif ou encore ce qui peut porter préjudice au bien-être de l'enfant. Ils ajoutent que ce sont les maltraitances précoces qui ont les retentissements les plus importants et qu'il est nécessaire de faire attention aussi à toutes les conséquences traumatiques pour le développement de l'enfant. Celles-ci sont énormes à tous les niveaux, que ce soit au plan physique, moral ou mental, ou dans la construction de sa personne. Effectivement, de nombreuses études (CLIPP, 2009) ont montré que les effets de la maltraitance dépendent entre autres du stade de développement de l'enfant et que plus l'enfant est jeune, plus l'impact risque d'être grand.

Selon leur lieu de travail et les populations qu'ils sont amenés à rencontrer, les psychologues sont plus ou moins directement confrontés à la maltraitance. Cependant, certains d'entre eux (psychologues de l'ASE, de la PJJ, de certaines institutions) rencontrent très fréquemment, voire quotidiennement, des enfants maltraités ou ont connaissance de situations de maltraitance.

S'appuyant sur leur pratique dans leur clinique quotidienne, ils mentionnent les grandes catégories et les définissent ainsi :

- maltraitance physique : elle concerne toutes les atteintes corporelles – coups, blessures, violences physiques graves (brûlures, morsures), sanctions physiques inappropriées ;
- maltraitance psychologique, psychique ou morale : elle revêt un grand nombre de formes – violences verbales (insultes, injures, grossièretés, brimades), humiliations, dévalorisations, critiques, exigences/pressions, enfant objet, abus de pouvoir et d'autorité ou domination, conduites perverses d'un parent. Ils évoquent aussi toutes les situations dans lesquelles l'enfant n'est plus à sa place d'enfant : enfant thérapeute ou enfant parentalisé, harcèlement moral, déni de l'enfant, disqualifications, exigences excessives en décalage par rapport aux possibilités de l'enfant, isolement de l'enfant de toute vie sociale ;
- maltraitance affective : elle est beaucoup plus insidieuse – adolescents livrés à eux-mêmes, oubli de l'autre, violences par l'évitement (absence, insécurité forte à répétition), regard méprisant, abandon, rejet, non-existence de l'autre, enfant bouc émissaire ou souffre-douleur de la famille, enfant déchiré entre deux parents séparés et instrumentalisé (chantage affectif, enjeu du conflit) ;
- abus sexuels : inceste, jeux sexuels, manque de limites au niveau de l'intimité ;
- négligences ou carences : carence ou absence de soins, non-prise en compte des besoins fondamentaux de l'enfant, carences éducatives ;
- autres formes de maltraitance : exigences excessives scolaires (exigences de réussite, apprentissages très – trop – précoces) ou sociales.

La perception et le degré de tolérance ou d'intolérance de tel ou tel fait varient selon les personnes. La maltraitance se pratique à beaucoup de niveaux et « chacun hiérarchise », « on a chacun ses échelles ». S'il y a une notion de degré, cela peut aller d'une simple réponse inadéquate de la mère jusqu'à des violences très graves qui mettent en danger la vie de l'enfant, mais il est toujours difficile de choisir le moment, le degré où certains actes ne sont plus tolérables. La maltraitance absolue étant les abus sexuels.

Certains trouvent que le terme « maltraitance » est trop fort et que, pour la plupart des familles, on est plutôt dans quelque chose de moyen que d'extrême : « On n'est pas dans l'extrême maltraitance, ce serait excessif », « Le mot maltraitance est peut-être un peu fort ». D'autres pensent que certains comportements – humiliation, insulte, fessée – pris isolément et considérés comme violence non avérée peuvent devenir, du fait d'un « caractère répétitif », des actes maltraitants, ou encore que c'est un cumul d'actes qui rend la situation maltraitante : « C'est plus une manière de toujours diminuer un enfant, de le culpabiliser, de le punir dès qu'il fait quelque chose de rien du tout, du coup l'enfant n'a plus aucune

liberté et c'est plutôt tout ça accumulé qui fait que ça devient une forme de maltraitance, en fait, plus que chaque chose de manière individuelle. » La fessée, même si elle n'est pas reconnue comme moyen éducatif, est comprise et ne choque pas un certain nombre de professionnels, et la question se pose de situer la frontière entre une punition que l'on pourrait qualifier « d'équitable » et la violence arbitraire. Pour que des pratiques coercitives socialement acceptées ne puissent dégénérer et devenir abusives, la Suède a mis en place, en 1979, des politiques familiales et une loi interdisant la punition corporelle. Il s'en est suivi une diminution considérable du nombre d'abus physiques (Durrant, 1999).

Si, pour tous, la maltraitance physique est la forme de maltraitance peut-être la plus repérable grâce à la mise en évidence de preuves matérielles concrètes (marques, bleus, lésions corporelles), nombreux sont ceux qui notent qu'il y a aussi « beaucoup de formes de maltraitance qui sont invisibles de l'extérieur... cette maltraitance, elle est beaucoup plus insidieuse... vu extérieurement, [ce] n'est pas de la maltraitance et personne ne trouverait à redire, et nous on sait et on voit qu'il y a des tas de choses comme ça qui peuvent être extrêmement violentes et destructrices pour l'enfant ». La « violence psychologique, c'est la plus insidieuse parce que finalement, elle peut vraiment passer inaperçue » et les « maltraitances psychiques sont beaucoup moins bien repérées » ; « elle peut même se cacher derrière une normalité ou même un amour sans que personne ne puisse rien voir de destructeur, de mortifère », telles sont les paroles de plusieurs psychologues. La maltraitance psychologique est difficile à prouver car il n'existe pas de preuves claires, et pour Zamet (1996) « le problème basique que la maltraitance psychologique suscite, c'est la reconnaissance de son existence même » (p. 255). Cette conscientisation implique pour le psychologue d'avoir une perception consciente de sa propre enfance et d'avoir « digéré » les petits ou grands malheurs de la relation parent-enfant pour pouvoir reconnaître et accueillir la souffrance d'un enfant. Hart et Brassard (1987) définissent la maltraitance psychologique comme la plus grande menace pour la santé mentale des enfants.

## Origine, causes et explications

Si, dans la très grande majorité des cas de maltraitance rencontrés par les psychologues, celle-ci est intrafamiliale, elle se manifeste également dans les différentes institutions que fréquentent les jeunes et dans les structures d'accueil.

### La maltraitance familiale

La maltraitance peut être exercée par la famille proche (parents, frères et sœurs, beaux-parents, grands-parents), le cercle familial agrandi

(oncle, cousin), les proches de la famille (voisins, amis, copains), mais ce peut être « toute personne adulte en contact avec un enfant » ou « tout adulte qui a une autorité sur un enfant ».

Les psychologues rencontrés comprennent les comportements des parents ou des adultes maltraitants et les expliquent non par un facteur bien particulier mais par la multiplication, l'accumulation et l'interaction d'un certain nombre de facteurs personnels, familiaux, environnementaux qui, réunis, vont faciliter ou permettre la mise en place de ces comportements maltraitants.

L'aspect transgénérationnel indiqué par 15 des 17 professionnels est, malgré son aspect à première vue inéluctable (« Toujours, ceux que j'ai rencontrés ont eux-mêmes subi de la maltraitance ; alors ça c'est dans mon expérience et c'est imparable, alors là j'ai jamais vu aucun parent qui maltraite n'ayant pas lui-même subi de la maltraitance »), très fortement nuancé par la non-systématisation de cette reproduction : « Je ne pense pas que tous les parents qui ont été maltraités vont maltraiter leurs enfants, ce n'est pas du tout la même chose, mais je pense qu'en revanche, tous les parents maltraitants ont eux-mêmes été dans une histoire familiale violente à des niveaux différents. »

La dépression de la mère, qu'elle survienne au cours de la grossesse ou au moment de la naissance de l'enfant, et quelle qu'en soit la cause (abandon par le conjoint ou le compagnon, deuil familial ou tout autre événement traumatisant), aura pour conséquence une non-disponibilité de la mère pour répondre aux besoins de son enfant. Pour plusieurs psychologues, ce serait le facteur le plus important pouvant amener à des actes maltraitants.

La non-élaboration des traumas de l'enfance, l'absence d'images positives dans l'enfance ou de modèles parentaux satisfaisants, des parents eux-mêmes battus ou maltraités, ainsi que la non-possibilité d'identification à un bon modèle sont autant de facteurs potentiels. Une « méconnaissance du très jeune enfant et de ses besoins », un rôle parental mal défini, mal compris, mal maîtrisé, une immaturité maternelle, parentale, un lien à l'enfant difficile et compliqué, un mal-être ou un malaise profond des adultes, des blessures narcissiques des parents (trop grand écart entre l'enfant rêvé et l'enfant réel, échec scolaire, handicap de l'enfant, enfant prématuré), l'enfant qui ne remplit pas son rôle de ciment dans un couple ou, à l'inverse, l'enfant non désiré, le déni de la souffrance de l'enfant sont d'autres facteurs pouvant aussi amener à des situations de maltraitance.

L'alcoolisme, les conduites addictives, la toxicomanie, la dépression, la maladie mentale (psychose), les troubles psychiatriques et de la personnalité ainsi que des désordres d'ordre biologique peuvent également favoriser des comportements maltraitants.

Des facteurs socio-économiques comme les situations de grande précarité, la misère, l'exiguïté des logements, le stress, le chômage, l'isolement sont aussi évoqués, mais ce serait le cumul de plusieurs de ces facteurs qui conduirait l'adulte à des comportements violents. Cependant, les psychologues soulignent que de nombreuses familles vivent dans des situations d'extrême précarité, de dénuement ou de grande insécurité et ne deviennent pas des parents maltraitants. Ils pensent qu'il existerait une fragilité personnelle qui favoriseraient le passage à l'acte.

Quant aux châtiments corporels utilisés par certains parents d'autres cultures comme mode d'éducation, s'ils n'apparaissent pas comme de la maltraitance, ils font malgré tout l'objet d'entretiens avec la famille d'une part pour un rappel de la loi française qui interdit les châtiments corporels et d'autre part pour permettre la mise en place de pratiques éducatives adaptées.

De par leur position au sein de différentes structures et le contact qu'ils ont avec les enfants et les familles, les psychologues, à la différence d'autres corps de métiers, des médias ou du grand public, sont en position de détecter les situations de maltraitance et de travailler autour de cette problématique avec les différents acteurs. Pour eux, la place des parents est centrale, indissociable de celle du bébé et de l'enfant. Le bébé étant dépendant de ses parents, ceux-ci doivent lui donner des soins physiques et affectifs, ce que Bowlby (1988) appelle le *caregiving*, et dont la fonction est la protection des enfants. Ils évoquent aussi l'importance pour l'enfant de construire une « sécurité de base » qui lui permettra d'explorer le monde qui l'entoure. Belsky (1999) décrit « les déterminants de la parentalité » par une interaction entre différents éléments dont le tempérament de l'enfant, la relation conjugale, la personnalité des parents, l'histoire développementale de la mère, la culture, le support social, le stress, etc. Mais il arrive que des conditions de vie difficile, des difficultés conjugales, des difficultés relationnelles viennent perturber les capacités de la mère à s'occuper de son enfant. C'est pourquoi les psychologues rencontrés disent essayer soit de « comprendre les histoires depuis la naissance, l'histoire de leur relation à leur enfant », soit de « les remettre dans une dynamique familiale, dans une histoire de famille ».

## La maltraitance institutionnelle

Les violences institutionnelles mentionnées par 11 professionnels se manifestent dans différents types d'institutions publiques.

Les établissements scolaires, école primaire ou collège, sont parfois perçus comme des lieux où l'estime de soi est mise à mal. Or il est peut-être nécessaire de rappeler que « les trois déterminants principaux de l'estime de soi sont la considération des personnes significatives,

l'expérience des succès et des échecs et le niveau de comparaison sociale » (Bourcet, 1997). Les remarques dévalorisantes ou blessantes des membres du corps enseignant vis-à-vis d'un élève en difficulté d'apprentissage, les remarques négatives sur la famille d'un élève ou sur ses origines, la non-prise en compte du handicap d'un adolescent lors d'une sortie, le fait d'oublier l'enfant ou l'adolescent qui est derrière l'élève ou encore les discours négatifs dans la salle des maîtres à propos d'un enfant en souffrance, d'un enfant maltraité ou d'un enfant déficient sont des situations qualifiées de maltraitantes par les psychologues. Le système Éducation nationale en tant que tel est également pointé quand il autorise le regroupement dans une même classe d'un très – trop – grand nombre d'élèves en difficultés ou quand les parents et les enfants sont confrontés lors de l'accueil d'un enfant handicapé à des difficultés administratives et matérielles.

Dans les crèches, ce sont les « douces violences » qui sont dénoncées, cette manière d'interagir avec l'enfant qui ne permet pas de répondre à ses besoins physiques ou psychiques et qui le met dans un état déstabilisant ou d'insécurité.

Dans les centres de loisirs ou les centres de vacances, le moniteur qui abuse de son pouvoir sur un plus jeune ou qui lui adresse la parole en lui « criant dessus » sont des actes qualifiés de maltraitants s'ils se produisent fréquemment et régulièrement. Ils peuvent alors prendre la forme de harcèlement.

Dans les structures d'accueil, familles d'accueil ou foyers, il s'agit la plupart du temps de violences psychologiques. Les psychologues voient dans ce dernier cas une double maltraitance pour l'enfant ou l'adolescent : cet enfant ou cet adolescent qui a été éloigné d'un milieu pathogène voire destructeur est confronté à une situation où le non-respect de sa personne est de nouveau à l'œuvre, soit parce que les adultes ont des exigences auxquelles le jeune ne peut pas répondre, soit parce qu'ils nient la souffrance passée. Ces violences leur semblent encore plus inacceptables.

La maltraitance des personnes âgées, les violences conjugales, la maltraitance dans le monde du travail (pression hiérarchique et harcèlement moral), la maltraitance de la société envers toute une catégorie de la population qui vit dans des conditions de grande précarité et dont les besoins essentiels ne sont pas satisfaits et enfin la maltraitance des adolescents entre eux ou celle des enfants ou des adolescents envers leurs parents, maltraitance qui semblerait être en augmentation, sont d'autres formes qui ont été évoquées par les psychologues mais qui n'ont pas été développées, car peu fréquentes dans leur pratique.

Dans toutes ces situations et quelle que soit la cause de la maltraitance, la capacité d'écoute du professionnel, tant de l'enfant maltraité

que de l'adulte maltraitant, est essentielle à la fois dans une optique de prévention et dans un objectif thérapeutique. Toutes les fois que ce sera possible, et dans l'intérêt de l'enfant, le psychologue fera alliance avec le parent pour préserver ses compétences parentales et aura un rôle d'étayage, souvent en collaboration avec d'autres professionnels de l'équipe éducative.

## Vécu, difficultés rencontrées et affects

Malgré toutes les formes que peut recouvrir la maltraitance, les psychologues ne rencontrent qu'exceptionnellement – sauf quand ils travaillent dans des structures bien particulières (PJJ, ASE ou maison des adolescents) – des enfants maltraités ou des personnes maltraitantes. Cependant, quel que soit le contexte où ces situations apparaissent et quelle qu'en soit la gravité, ces rencontres génèrent beaucoup d'émotions, mettent le psychologue très mal à l'aise (« On ne se sent pas bien », « On entend des choses qui sont extrêmement difficiles, extrêmement dures ») et pour eux, la violence à ce degré-là, c'est quelque chose de l'ordre de l'impensable.

Le psychologue peut être « parfois en colère, parfois inquiet, parfois débordé, jamais insensible » et « c'est quelque chose de très douloureux de voir un enfant maltraité, en souffrance, en souffrance physique ou mentale ». Une empathie pour l'enfant et pour l'adolescent, une identification au jeune est souvent immédiate et assortie d'un sentiment d'urgence de protection. Restant toujours dans une perspective d'aide, de soin, de protection et d'accompagnement, le psychologue a donc une nécessaire prise de distance, pas toujours facile, par rapport au vécu dramatique de l'enfant. Le besoin de dire à l'enfant que ce qui a été fait est grave est très souvent ressenti. Le souci de replacer ce que l'enfant a vécu dans le cadre de la norme, de la loi, de « remettre du normal dans du n'importe quoi » est évident et lui permet aussi de continuer à réfléchir, à mettre du jeu dans ses pensées, à ne pas se laisser envahir par la problématique de l'enfant ou de la famille. Il doit donc mettre à distance ses affects personnels, prendre du recul et « prendre en compte la souffrance de l'autre, enfant ou adulte, pour [lui] donner la possibilité de se reconstruire, les moyens de la résilience parce que la pulsion de vie est absolument incroyable chez l'être humain ».

Quelques psychologues disent vivre parfois des moments déprimants non pas tant à cause de ce que les enfants vivent dans leur famille, mais au moment où ils se rendent compte que cet adulte-là « a déjà eu un parcours douloureux dans sa petite enfance, qu'il a été placé, qu'à 17-18 ans il n'était pas dans un état formidable » et qu'aujourd'hui ils le retrouvent en tant qu'adulte maltraitant, « là, évidemment, on en prend plein la figure ».

Certains psychologues qui peuvent travailler dans l'accompagnement des familles et des enfants, qui réussissent à poser un cadre d'intervention suffisamment souple et stable pour pouvoir travailler « vivent des aventures très intéressantes », tandis que d'autres regrettent que l'institution ne tienne pas toujours son rôle et que le chemin parcouru soit avec l'enfant, soit avec la famille soit remis en question car « il faut pouvoir garder la confiance des différentes personnes si l'on veut continuer à cheminer ». Parfois ils éprouvent, lors d'un entretien avec un adulte qui est dans l'incapacité de prendre en compte leur parole, un sentiment d'impuissance face à ces immenses détresses.

Une seule psychologue dit qu'elle a pour mission de trouver des solutions, qu'elle est touchée d'un point de vue professionnel mais que d'un point de vue affectif, ressenti, elle met beaucoup de distance. Elle dit se protéger pour rester efficace et conclut par rapport à une situation évoquée : « Ça m'a touchée mais pas tant que ça, quand je vais rentrer chez moi, c'est fini, je ne ramène pas tout à la maison, voilà. »

Les psychologues qui ont une longue expérience professionnelle reconnaissent que les réactions évoluent avec les années et l'expérience, et qu'ils ne gèrent plus les situations de la même manière. L'émotion est certes toujours présente et l'empathie vis-à-vis de ces enfants maltraités toujours au premier plan, mais aujourd'hui, l'identification conjointe à l'adulte et à l'enfant devient plus facile. Le jugement immédiat du parent est différé au profit d'un souci de compréhension des situations et de la protection de l'enfant. Les paroles échangées avec les adolescents sont exprimées beaucoup plus clairement : « Ce que vous vivez n'est pas normal, n'est pas admissible, on est là pour vous protéger de ça, maintenant, et vos parents, on va s'en occuper aussi. » Dans certains cas, après une analyse des situations et afin que les enfants ne soient pas placés devant des choix de loyauté impossibles, des structures nouvelles ont été mises en place pour une prise en charge spécifique des parents. La prise en charge des enfants d'une part et des parents d'autre part par des personnes différentes (psychologues ou psychiatre) ainsi qu'un travail avec un groupe de parents maltraitants rendent la gestion des situations plus facile.

Dans des cas extrêmes (abus sexuels, violence avérée), après réflexion et discussion, soit de manière informelle, soit au sein d'une équipe et toujours dans ce souci de protection, le psychologue peut être amené à faire des signalements administratifs et/ou judiciaires. « Mais c'est toujours une décision difficile à prendre, mûrement réfléchie car lourde de conséquences pour l'enfant et la famille. » Dans le cas d'une décision de placement, tout un travail d'accompagnement psychologique par rapport à cette décision est fait pour permettre à l'enfant d'élaborer sur sa situation, de voir comment il comprend le placement, de ne pas être dans le déni des violences familiales.

## Gestion des difficultés et affects

Pour gérer ces émotions suscitées par ces situations de maltraitance, les psychologues s'appuient à la fois sur les équipes pluridisciplinaires, sur leurs connaissances théoriques et pratiques et sur leur parcours et travail personnel.

Dans la plupart de leurs lieux de travail, les psychologues ne sont pas seuls. Même si « c'est un travail en général individuel » et si, pour certains, l'entourage professionnel n'apporte aucune aide, la grande majorité d'entre eux ont régulièrement des réunions d'équipe avec des partenaires psychologues ou sont intégrés dans une équipe pluridisciplinaire qui peut regrouper d'autres psychologues, des psychiatres, des médecins scolaires, des assistantes sociales ou des éducateurs. Comme mentionné ci-dessus, ce travail en équipe permet l'analyse de situations et la mise à distance des émotions et des affects dans des situations graves. Ces réunions permettent « de penser à plusieurs et de réfléchir autour de la position qu'on va choisir », de « pouvoir [s']appuyer sur les uns et sur les autres pour pouvoir travailler en ayant cette position, comme ça, un peu distanciée » ou « d'essayer de voir ensemble ce qu'on peut faire » concernant une situation relativement exceptionnelle pour l'un mais beaucoup plus fréquente pour l'autre, ou encore découvrir les structures que d'autres connaissent mieux. Ce travail d'équipe est « apprécié » et est en même temps « très confortable, c'est vraiment une chance d'avoir toujours quelqu'un pour m'aider à réfléchir », et il est aussi « important d'avoir des pairs [pour] ne pas rester isolé avec tout ça ». En dehors de ces réunions institutionnalisées, des rencontres informelles avec les collègues ou des partenaires plus privilégiés sont fréquentes et permettent aussi d'exprimer plus facilement les ressentis.

De nombreux psychologues ont, soit à l'intérieur de l'institution, soit à titre personnel, des supervisions ou font partie d'un groupe de parole. Ce besoin est tellement ressenti par certains que, lorsque aucune équipe n'est constituée ou lorsque le psychologue est seul dans une structure, l'initiative de réunions de travail ou de réflexion est prise par les professionnels. Par ailleurs, plusieurs ont fait une psychanalyse et pensent que ce travail sur soi est indispensable pour « entendre ce qui se passe en soi face à telle ou telle situation et travailler sur ce que l'on ressent ».

Ils s'appuient aussi sur des connaissances théoriques et pratiques et à la fois font état de l'expérience qu'ils ont, de leur formation professionnelle, mais aussi soulignent leurs insatisfactions. Les 17 psychologues rencontrés sont tous psychologues diplômés de l'université : Masters de psychologie (psychologie clinique, psychologie de l'enfance et de l'adolescence, psychologie clinique et psychopathologie), Diplôme d'État de psychologue scolaire (DEPS) ou encore Master 2 Recherche,

même si certains ont fait leurs études de psychologie menant à la formation de psychologue après un premier parcours professionnel. Vis-à-vis de la formation professionnelle initiale, les expériences sont très variées. Pour certains, elle apporte des savoirs théoriques ou « une méthode, une façon de réfléchir, de se comporter », tandis que d'autres la trouvent insuffisante. La majorité d'entre eux (53 %) ont fait des formations complémentaires longues : DEA, diplôme universitaire de psychologie projective, de psychiatrie périnatale, formation en thérapie familiale, formation au psychodrame analytique et doctorat d'ethnopsychiatrie. Tous participent régulièrement à des formations plus ponctuelles, soit dans le cadre de la formation permanente ou du tiers temps de formation personnelle, soit dans le cadre de colloques, de journées d'études, de séminaires ou d'autres types de manifestation. Ils soulignent la nécessité de cette formation continue car « l'approche du jeune enfant et la connaissance sur les interactions mère-enfant ont énormément évolué ». Si certains trouvent que les stages sont une aide appréciable, d'autres pensent que le travail sur le terrain et l'expérience professionnelle sont de bons outils, d'autres enfin trouvent dans des lectures d'articles ou d'ouvrages spécialisés des débuts de réponse à leurs interrogations.

## Compétences personnelles

Les compétences comme l'empathie, la capacité d'écoute attentive et bienveillante des enfants et des parents (62 % des psychologues rencontrés), la tolérance absolue avec l'acceptation de toutes les facettes de l'être humain, la disponibilité, l'adaptabilité à toutes les situations, le respect de l'intimité et la discréetion, l'amour des enfants et des adolescents, la mise à distance des affects personnels ainsi que la capacité d'introspection apparaissent essentielles à de très nombreux professionnels pour accueillir et établir de bonnes relations. Ne pas porter un jugement sur un adulte ou une famille, savoir faire taire ses a priori et se départir de ses stéréotypes sont des qualités indispensables pour travailler avec les familles. Une bonne connaissance des techniques d'entretien pour accueillir les enfants et les parents et « permettre que la parole se libère » fait partie des outils et techniques que le psychologue doit bien connaître. Un certain nombre (42 %) pensent qu'un travail sur soi est indispensable pour « pouvoir mieux comprendre ce que vivent les autres », avoir « la capacité à analyser le transfert/contre-transfert, ce qui est très utile dans le cadre de toutes les relations qu'on peut avoir avec les enfants, les parents, voire les enseignants » ou encore « écouter, entendre ce qui se passe en soi... pour s'en servir comme des outils » dans sa relation à l'autre. Si cette « capacité d'introspection » qui est aussi à l'œuvre dans les supervisions ou lors de réunions d'équipe et

d'analyse de situations difficiles est une compétence importante, les connaissances théoriques approfondies concernant la psychopathologie de l'enfant et de l'adulte, le développement psychologique de l'enfant, les relations précoce mère-enfant sont aussi des outils indispensables pour une bonne pratique professionnelle (47 %).

Pour les psychologues scolaires, une bonne connaissance de l'institution scolaire, de ses fonctionnements et de la pédagogie est nécessaire. Pour les psychologues travaillant à l'ASE, une bonne connaissance des structures d'accueil et du domaine de compétence des différents partenaires permet une plus grande efficacité quant à leur travail.

La passation de bilans psychologiques ainsi que l'écriture de comptes rendus différenciés en fonction de la personne qui les reçoit sont aussi des compétences requises. Pouvoir travailler en équipe et reconnaître les compétences de chacun, être capable de mener des réunions de travail, animer des groupes de parole, proposer des thèmes ou sujets de réflexion, développer des actions de prévention dans les écoles aussi bien avec les enfants et les enseignants qu'avec leurs parents (aide à la parentalité, accompagnement de familles), participer à la réflexion autour d'actions à mettre en place au sein de l'école pour lutter contre la violence, travailler au sein d'équipes dans les maisons de quartier ou dans le secteur de la petite enfance en apportant un regard particulier sur différentes problématiques sont des compétences que le psychologue est amené à mettre en œuvre.

Il est aussi essentiel qu'il puisse être un médiateur et permettre ainsi de tisser des liens ou de renouer des liens, par exemple entre une famille et l'école.

## Besoins et demandes

La formule « On ne se lasse pas d'apprendre... », utilisée par une psychologue qui montre ainsi son désir de toujours approfondir ses connaissances, pourrait être placée dans la bouche de nombre de ses collègues. Ils ont, en fonction de leur mission, des personnes qu'ils sont amenés à rencontrer et des particularités de l'environnement dans lequel ils travaillent, recensé un certain nombre de besoins bien précis. Quelques-uns ont déjà mené des investigations pour y répondre.

Concernant la maltraitance, les psychologues demandent des formations complémentaires sur les outils, méthodes et techniques d'analyse des situations de maltraitance et plus particulièrement sur la maltraitance psychologique, une formation sur les abus sexuels – quels signes ? comment les détecter ? –, une formation sur la psychopathologie de l'adulte comme facteur de maltraitance. Une meilleure connaissance de l'adolescent leur semble aussi importante. Ils souhaitent également avoir une meilleure connaissance du fonctionnement des instances judiciaires,

une meilleure connaissance de l'aspect juridique de la maltraitance (clarté dans les procédures de signalement, démarches, information aux parents), un dialogue avec les services judiciaires. Les techniques de médiation et les rencontres médiatisées, les techniques d'entretien et l'analyse des entretiens, un questionnement au niveau de l'éthique, du secret professionnel partagé et du respect de la parole de l'enfant sont d'autres besoins. La mise à disposition de brochures et vidéos sur ces différents sujets est demandée. Quelques-uns ressentent la nécessité de la mise en place de groupes de réflexion avec des études de cas précis, de cellules locales pour gérer les situations urgentes et échanger, de supervisions, et de réunions pour un travail d'équipe. Enfin, il semble pour certains qu'une réflexion concernant le cadre de travail et l'accueil des personnes soit nécessaire pour que chacun puisse être « bien traité ».

## La bientraitance

Seules deux psychologues connaissent ce nouveau concept qu'elles disent « issu des travaux d'une pouponnière ». Les professionnels ont travaillé à partir de leurs expériences et pratiques professionnelles, les ont analysées et ont défini tous les facteurs « à mettre en œuvre pour bien traiter l'enfant » et « pour lutter contre les violences institutionnelles qui peuvent être à l'œuvre dans n'importe quelle institution ». En effet, le concept de bientraitance défini par Rapoport (2006) désigne « une démarche impliquant avant tout, malgré les séparations et les ruptures, de respecter la continuité du développement de l'enfant dans son histoire, non plus à court terme, mais envisagée dans un projet d'avenir, et de l'aider à construire son identité dans la sécurité affective et l'épanouissement de toutes ses possibilités » (p. 20).

Six autres professionnels ne connaissent pas du tout ce terme.

Cependant, pour tous, la bientraitance est caractérisée par une ou plusieurs de ces composantes : respect, écoute, sécurité, amour, empathie, compréhension, accompagnement, réponse aux besoins de l'enfant, accès à l'autonomie. La préoccupation des professionnels peut se résumer par les paroles de cette psychologue : « proposer à l'enfant un accompagnement aussi bien familial que social qui réponde à ses besoins, donc, aussi bien physiques que psychiques ou sociaux en fonction de son âge, et qui tienne compte, dans les exigences que l'on peut avoir à l'encontre de l'enfant, des possibilités, de ses possibilités en fonction de son âge ». Ce serait aussi le fait de ne pas porter atteinte ni physiquement, ni moralement à sa personne, donc de le respecter. Une autre psychologue faisant référence à Winnicott définit une mère bientraitante comme « une mère suffisamment bonne ».

Beaucoup s'interrogent sur la nécessité ou la pertinence d'un nouveau concept, voire s'en méfient. Selon eux, le fait même de respecter un

enfant ou un adolescent ou toute personne quelle qu'elle soit contient intrinsèquement cette notion de bientraitance. De plus, il y aurait dans les termes « bientraitance » et « maltraitance » une connotation morale bien/mal alors que pour les psychologues, bien traiter quelqu'un, « bien traiter » en deux mots, devrait être quelque chose de l'ordre de la normalité et non pas de la morale.

Si la bientraitance ne se réduit pas à l'absence de maltraitance, ni à la prévention de la maltraitance, les psychologues rencontrés sont sensibles au problème de la maltraitance et à ses répercussions sur l'avenir de l'enfant, de l'adolescent puis du futur adulte. Ils sont convaincus que des actions de prévention sont indispensables. Ils constatent que si les premières interactions parent-enfant s'engagent difficilement et que rien n'est mis en place pour accompagner ces familles, des situations de maltraitance peuvent s'instaurer. C'est pourquoi un certain nombre d'entre eux ont déjà mis en place au sein de leur structure (école, crèche, lieu d'écoute) ou dans d'autres lieux (collège) des programmes d'aide aux enfants et aux adultes, et travaillent de manière très ciblée dans ce cadre de la prévention. Plusieurs psychologues pensent que les structures de soutien ou d'aide à la parentalité devraient se multiplier pour mieux accompagner les parents et que ces actions de prévention devraient être mises en place très tôt pour permettre une harmonie familiale où chacun est à sa place. Dans les crèches ou les PMI, ils ont mis en place des haltes-jeux, des ludothèques qui sont des moments d'accueil de l'enfant et de ses parents. Les parents peuvent poser un certain nombre de soucis qui vont être repris par la psychologue ou par un membre de l'équipe. Ils ont aussi mis en place des groupes de parole soit sans thème précis, soit autour de thèmes comme les pleurs, les colères, les troubles du sommeil, les problèmes alimentaires, etc., et où là encore les parents vont pouvoir poser leurs difficultés et avoir un début de réponse. Si les réponses qui peuvent se dégager du groupe de parole ne suffisent pas ou si les parents ont besoin d'un accompagnement plus soutenu, ils peuvent être orientés vers un psychologue. Ce sont aussi des lieux et des moments privilégiés pour l'équipe et pour le psychologue qui leur permettent d'observer les enfants, leur comportement (agressivité *vs* inhibition), leur manière de nouer des relations sociales avec les autres enfants ou encore de s'engager dans des activités ludiques. Cela peut également être l'occasion d'accompagner un parent dans la gestion de difficultés passagères en l'orientant vers des structures appropriées.

Dans une école, suite à des situations de maltraitances révélées, tout un programme de prévention a été mis en place auprès des élèves de moyenne section des écoles maternelles de tout un secteur. Ce programme s'est déroulé sur plusieurs séances, les enseignants ont été impliqués et les parents informés du projet, du déroulement de ce programme et des conclusions des interventions.

Dans d'autres cas, ce sont des groupes de parole en direction des adolescents qui sont mis en place dans les collèges. Au niveau plus institutionnel, des groupes de parole sont mis en place dans des institutions pour sensibiliser les différents acteurs à ce qu'on appelle les « douces violences ».

Ces nombreuses actions de prévention qui prennent des formes variées et sont mises en place à l'initiative des psychologues montrent bien leur souci de proposer à l'enfant un accompagnement familial et social qui réponde au mieux à ses besoins. Or ces actions de prévention primaire et secondaire semblent menacées (approche plus comptable des actions médico-sociales), ce qui « serait parfaitement regrettable et même contre-productif, car il est évident que les coûts de "réparation", quand la maltraitance est avérée, sont mille fois supérieurs aux coûts de la prévention telle qu'elle est pratiquée actuellement ».

Toujours concernant la bientraitance, beaucoup de psychologues s'interrogent sur ce qu'il en est de la bientraitance des parents maltratants. Ils souhaitent que l'on prenne plus en compte leur souffrance, que l'on n'oublie pas qu'eux aussi ont peut-être été des victimes dans leur propre enfance, qu'ils n'ont probablement pas pu travailler ces faits douloureux. Ils demandent que l'on reconnaîsse leur besoin d'aide et que des actions soient mises en œuvre dans cette direction.

Enfin, bien que les psychologues soient très soucieux de protéger et d'aider l'enfant maltraité, de mettre tout en œuvre en amont pour éviter toute forme de maltraitance, il leur semble aussi nécessaire de ne pas évincer les parents et donc d'être « bientraitants avec les parents maltratants ».

## Perspectives

Durant leur formation ou au cours de leur carrière professionnelle, seules deux psychologues avaient reçu une formation concernant spécifiquement la maltraitance. Or, d'après l'étude de Kaplow et Widom (2007), il existe un lien significatif très fort entre la maltraitance durant l'enfance et des désordres psychiatriques dans la vie ultérieure. Les enfants qui ont été maltraités avant l'âge de 6 ans ont un niveau de symptômes dépressifs et d'anxiété élevé, quand ils sont plus âgés, ils développent des troubles de la personnalité et des difficultés émotionnelles. Les conséquences de la maltraitance sur les enfants les plus jeunes semblent avoir un impact psychologique et émotionnel considérable au cours de leur vie d'adolescent et d'adulte. Le souci de protection de l'enfant vise, au-delà de celui-ci, l'adulte qu'il sera demain. Il est donc important de mettre en place des actions de prévention adaptées en favorisant des interactions parent-enfant positives, sachant que la sécurité d'attachement protège l'enfant contre la formation de troubles psychologiques car il aurait

une meilleure capacité à réguler ses émotions. Il semble donc justifié de prendre en compte les demandes des psychologues concernant d'une part des programmes de formation ciblés sur cette problématique de la maltraitance (formation théorique, administrative ou personnelle), et d'autre part la mise en place d'un cadre institutionnel pour un meilleur accompagnement des enfants et des familles.

## CHAPITRE 9

# Les assistants de service social : des travailleurs dans la tourmente

Henriette Englander

Les domaines et les secteurs d'intervention des assistants de service social sont très diversifiés et couvrent les collectivités locales, l'État, dont l'Éducation nationale, les organismes publics et parapublics, les entreprises privées et les associations. Ce sont le plus souvent des femmes qui accueillent, orientent et informent les publics qui s'adressent à elles ou qui leur ont été signalés. Elles aident les personnes dans leurs démarches administratives. Elles analysent, en fonction des missions qui leur ont été confiées, la situation économique et sociale de la famille et cherchent les causes qui compromettent son équilibre. Elles repèrent les problèmes scolaires, professionnels, de logement, de précarité, de violences familiales, de santé et mettent en œuvre des actions, tant individuelles que collectives, pour améliorer les conditions de vie de ces personnes en difficulté et rétablir leur autonomie financière, affective, etc. Professionnelles de la relation humaine, elles leur apportent une aide concrète, c'est-à-dire appropriée à la réalité en les aidant à entreprendre des démarches, à (re)trouver un projet de vie.

Les dix assistantes sociales rencontrées ont une expérience professionnelle d'une durée moyenne de 15 ans, soit dans des structures à caractère social, soit au sein de l'Éducation nationale (collèges). Toutes ont été confrontées à des situations de maltraitance puisque ces situations font partie de leur gestion de la réalité quotidienne. Elles sont donc très sensibles à ce problème ainsi qu'à la qualité de mise en œuvre de leur mission de protection de l'enfant en danger. Chacune apporte sa propre analyse, ses propres nuances, son propre vécu, mais, dans l'ensemble, il existe beaucoup de congruence à propos de leurs représentations de certains aspects de la maltraitance.

## Les formes de maltraitance

Les assistantes sociales interrogées repèrent diverses manifestations de maltraitance que nous pouvons classer dans cinq catégories :

- physique : sévices corporels ;
- sexuelle : abus sexuels,inceste ;
- psychique : dénigrement, brimades, humiliation, paroles blessantes et dévalorisantes, injonctions contradictoires ;
- négligence : carence de soins au niveau affectif et éducatif, attitude abandonnique ;
- relation fusionnelle : surprotection, excès de rigidité, surplus d'exigences, privation de liberté, d'accès à la culture ou aux loisirs.

Certaines assistantes sociales précisent que la maltraitance psychologique, moins visible, est tout aussi traumatisante que la maltraitance physique, davantage même parfois, car susceptible de laisser des traces à plus long terme : par exemple la violence verbale, les paroles blessantes, dévalorisantes, font aussi mal que les coups et entraînent des effets destructeurs sur l'image de soi, donc sur la construction de l'identité de l'adulte en devenir : « J'associe beaucoup la maltraitance à une quête affective non comblée... je crois que ça, c'est quelque chose qui est plus traumatisant et c'est ce qui laisse le plus de séquelles chez un jeune, enfin un jeune en devenir adulte. »

Ces représentations des effets à long terme de la maltraitance sur la santé physique et sur la santé mentale sont répertoriées dans nombre d'études de psychologie clinique, de psychiatrie et dans des rapports de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Ainsi, lors d'une rencontre publiée dans le journal *Éducation Santé*, la psychologue belge Vander Linden, qui avait intégré le comité de pilotage d'une campagne de prévention contre la maltraitance, déclarait (2002, p. 3) : « Quand un enfant se fait systématiquement blâmer parce qu'il ne correspond pas à ce qu'on souhaiterait qu'il soit, ça le ravage dans sa perception d'un être qui a de la valeur. Je pense que la maltraitance commence dans ces petites choses qui paraissent anodines mais qui, à la longue, engendrent un réel travail de sape de la confiance de l'enfant. »

Au travers des comportements cités par ces assistantes sociales, il faut souligner que la carence affective ainsi que la fusion affective sont perçues comme des formes de maltraitance, tout comme le laxisme qui se traduit par des attitudes de laisser-faire : « On ne leur donne plus de limites et ils deviennent malheureux, perdus parce qu'ils n'ont plus de structures, donc ça, c'est peut-être de la maltraitance », ou l'excès de rigidité qui se traduit par une privation de liberté. Le plus souvent, plusieurs types de maltraitance s'associent : « Quand la mère partait au travail, elle enlevait les brûleurs de la gazinière pour qu'ils ne se fassent pas à manger et elle les attachait sur des chaises avec du fil de fer barbelé. »

## Origine et causes de la maltraitance

Les travailleurs sociaux situent la maltraitance envers les enfants dans plusieurs environnements.

### La famille

La maltraitance familiale a de multiples causes cumulées qui interagissent et forment une spirale ascendante : il s'agit de familles dont l'histoire de vie se caractérise le plus souvent par de la violence subie dans l'enfance, et qui se trouvent submergées par des conditions de vie stressantes.

Aux conditions socio-économiques (logement, chômage, pauvreté) s'ajoutent des ruptures culturelles (perte de repères, méconnaissance des codes) et familiales aggravantes dont l'absence du père, quel qu'en soit le motif (horaires de travail, ou encore père en prison, etc.), repérées par la majorité des assistantes sociales. Elles décrivent dès lors des familles démunies, débordées, laxistes, impuissantes face à l'éducation des enfants, ces derniers étant parfois caractérisés comme hyperactifs, opposants et exigeants, ces comportements s'accentuant à l'adolescence. Le seul mode de communication connu et possible, au sein des familles maltraitantes, passe par la violence, sous forme de décharge pulsionnelle souvent justifiée par les acteurs car perçue comme étant la seule solution efficace. Cette forme de justification nous semble dans certains cas apparentée à un mécanisme de défense : la projection. Un enfant handicapé dont l'état serait vécu comme étant ingérable par les parents peut donc également subir des sévices.

Seule une faible proportion d'assistantes sociales fait référence aux parents alcooliques ou à leur consommation de drogue. De même, peu d'entre elles pointent des parents immatures, fragiles, dépressifs et/ou la maladie mentale d'un parent. Remarquons enfin qu'aucune ne fait clairement état de l'existence possible de violences conjugales et de leur impact sur la maltraitance des enfants.

Or, de l'avis de maints chercheurs, cette cause est notoire. Ainsi, les thérapeutes familiaux Vasselier-Novelli et Heim (2006) font état des conséquences des violences conjugales sur la santé des enfants. Les auteurs démontrent que ces violences incluent une maltraitance envers les enfants du couple, et que celle-ci n'est pas seulement d'ordre psychologique : les corps souffrent aussi. Par ailleurs, les résultats statistiques d'une recherche effectuée aux États-Unis par un groupe de psychiatres et portant sur 2508 mères associent la violence conjugale et les facteurs de risque maternels (stress parental, dépression majeure) à la maltraitance maternelle envers l'enfant. En outre, il existe une interaction socioculturelle qui aggrave les résultats, le risque de

maltraitance relatif à la violence conjugale s'avérant plus élevé pour les mères d'origine étrangère.

Il semble logique qu'êtant donné leur formation et le savoir issu de leur expérience pratique, leurs représentations portent davantage sur les facteurs causaux socio-économiques et culturels que sur des facteurs psychologiques (bien qu'elles n'ignorent pas l'impact psychique et donc relationnel des facteurs d'insécurité socio-économiques). Rapel-lons que cet impact psychique a été théorisé par maints sociologues, psychologues et psychiatres. Ion (2005, p. 45) rappelle ainsi la théorie du psychiatre Furtos selon qui « la perte des objets sociaux (emploi, argent, logement, formation, diplôme...) transforme une vulnérabilité sociale en vulnérabilité psychique ». En effet, selon cette théorie, la perte de ces objets sociaux provoque un sentiment de honte, une atteinte narcissique qui détériore à son tour les liens d'affiliation donc, pour le sujet qui nous concerne, la qualité des relations familiales.

Cependant, les causes socio-économiques et culturelles ne constituent en aucun cas une excuse, précisent certains travailleurs sociaux : « C'est quand même inacceptable. » Le sociologue Verba (2006) exprime la même idée au cours d'un entretien au café pédagogique : « Même si les parents "indignes" sont plus souvent submergés que démissionnaires, ce n'est pas parce que l'on souffre et que l'on est pauvre qu'on est autorisé à s'affranchir de ses devoirs éducatifs. » Par ailleurs, nous savons que certaines cultures gomment les effets négatifs du facteur socio-économique grâce à des valeurs idéologiques inhérentes aux familles même très pauvres, plaçant au premier rang tout ce qui est susceptible de contribuer à la construction d'un projet ambitieux d'avenir de l'enfant, qu'il est donc inconcevable de maltraiter.

En outre, selon les propos recueillis, les facteurs socio-économiques n'expliquent pas toujours la maltraitance. Celle-ci peut exister dans des familles aisées dont l'histoire de vie explique la pauvreté affective et dont les conflits familiaux, le stress lié à la carrière, la dépression ou une trop forte exigence peuvent entraîner des comportements de maltraitance vis-à-vis des enfants : « La maltraitance dans les milieux favorisés prend une tout autre forme, il n'y a pas cette ignorance des choses, ça va être plus avec des mots, il y a plus de non-dits aussi. » Une assistante sociale fait même remarquer que certains parents aisés appartiennent à des sectes, d'où une grande rigidité et de trop fortes exigences vis-à-vis des enfants. Pierre Mannoni (2007, p. 236) décrit ces « formes paradoxales » de maltraitance psychologique qui traduisent soit « une forme inversée du rejet » (parce que l'enfant est décevant), soit le fait que l'enfant est censé « incarner tel ou tel aspect de la personnalité de l'un ou l'autre parent... du désir ou du projet avorté d'un parent, support de l'Idéal du Moi parental ».

Une remarque s'impose quant à la place du père, dont l'absence a été perçue par les assistants sociaux comme une des causes de maltraitance. Son importance est mise en évidence par les psychologues et les psychanalystes contemporains tant dans de nombreuses communications internationales que dans des ouvrages tels celui du pédiatre et psychanalyste Naouri (1999), qui réaffirme que la carence du père est préjudiciable à l'équilibre d'un couple et au devenir de l'enfant. Dans un article récent, Reuillard (2009) va plus loin et se demande s'il existe une préoccupation paternelle primaire. Rappelons enfin qu'aux yeux des psychanalystes, le père apparaît comme une figure d'attachement nécessaire, le séparateur de la fusion du lien mère-enfant et le garant de la Loi symbolique.

En revanche, il est vrai que le père présent peut s'avérer maltraitant : dans ce cas, sa présence est tout aussi dommageable pour l'enfant.

## L'institution scolaire

Les assistants sociaux ciblent certaines pratiques organisationnelles, pédagogiques et sociales du milieu scolaire en précisant que la maltraitance perpétrée envers les enfants n'y épargne quelquefois ni les parents ni les enseignants.

L'école est perçue comme une institution qui se préoccupe trop peu des problèmes d'absentéisme et du devenir des jeunes : « Je pense à des jeunes en lycée professionnel à qui on demande de démissionner parce que l'école n'est plus obligatoire... Voilà, ce sont quand même des violences... réelles... qui existent, c'est sûr ». On la voit aussi comme une institution où les enseignants stigmatisent certains enfants : « Un enfant qui n'existe pas au regard de son prof, qui n'est jamais interrogé, jamais sollicité... L'indifférence, ça peut être de la maltraitance », et les renvoient à leur incompétence par des paroles dévalorisantes aggravant leur blessure narcissique et le cercle vicieux de l'échec scolaire lié au déficit d'apports éducatifs et culturels familiaux : « Il y a des phrases que le prof dit qui sont assassines. »

De plus, l'école est décrite par les assistantes sociales qui y travaillent comme une jungle où règne la loi du plus fort : il y existe une maltraitance exercée par les pairs envers les plus faibles, des boucs émissaires, sous forme d'attaques, de racket, de chantage et d'insultes : « un gamin qui quelquefois refuse d'avoir de bonnes notes parce que... il va être victime de représailles ».

Ce sentiment de peur durant les récréations, causé par l'accroissement de la violence des mineurs souvent relayée par les médias qui pourtant ne la qualifient pas de « maltraitance », donc banalisée en quelque sorte, montre la présence insuffisante et/ou insuffisamment sécurisante des adultes. Dans l'interview, citée précédemment, de Daniel Verba

au Café pédagogique, celui-ci conclut : « Dans ce sens, nous faisons l'hypothèse que l'institution ne protège pas assez les collégiens à la fois de leurs pairs, lorsque ceux-ci deviennent des prédateurs, mais aussi des violences de l'institution elle-même lorsque celle-ci, pour se protéger, adopte des pratiques de répression (violences verbales, humiliation, exclusions...) sans commune mesure avec les délits commis. »

Cependant, selon les propos de certains travailleurs sociaux, il ne faut pas perdre de vue que la maltraitance institutionnelle envers les enfants interfère quelquefois avec celle qui est exercée envers certains parents et à l'encontre des professionnels eux-mêmes : c'est parfois le cas dans les établissements scolaires où certains parents se sentent méprisés par des enseignants et où les enseignants se vivent abandonnés : « Pour certains professeurs, c'est leur premier poste, ils ne sont pas accueillis, ils sont laissés livrés à eux-mêmes dans la classe et se défouilent aussi sur les gamins. » Autrement dit, nous pourrions interpréter cette source de maltraitance comme apparentée à un mécanisme de défense : le déplacement.

## Les institutions d'accueil

Selon les dires de plusieurs assistantes sociales, les institutions publiques d'accueil d'enfants (les foyers par exemple), dont le rôle est d'apporter une aide à leur développement, peuvent être source de maltraitance : « Des gens qui travaillent dans des institutions qui sont censées réparer qui peuvent être maltraitants, il peut exister des éducateurs maltraitants. » Mais la maltraitance institutionnelle ne concerne pas seulement les enfants ; elle peut également exister envers les familles mal accueillies et insuffisamment aidées dans les organismes publics destinés à les informer et à trouver des solutions à leurs problèmes. La maltraitance institutionnelle touche enfin les professionnels dont l'investissement dans le travail n'est pas reconnu, soit en tardant à fournir les réponses attendues lors des signalements faits, soit en fermant des services, ce qui est perçu comme une injustice dramatique : « C'était toute une non-reconnaissance de ce qu'on y faisait, de ce qu'on y a vécu. » La maltraitance politique, la torture, est enfin signalée par une assistante sociale travaillant au sein d'une structure qui vient en aide à des victimes de tels sévices.

À la limite, ce serait la société de consommation dans son ensemble qui serait source de maltraitance : « Moi, je pense que l'on vit dans un monde violent, ça, c'est ma perception personnelle, et je pense qu'il y a plein de choses qui font violence aux enfants, c'est-à-dire que le fait par exemple d'étaler des modes de consommation effrénée auprès de populations complètement démunies renvoie à des choses violentes à ces enfants aussi sur l'insuffisance de leurs parents, sur l'insuffisance au niveau culturel quand on a des enfants qui n'ont pas du tout accès à la culture. »

Notons à ce propos que Freud (1929, p. 58), bien qu'il n'utilise pas le concept de maltraitance, avait déjà localisé la source de la souffrance humaine dans « la déficience des dispositifs qui règlent les relations des hommes entre eux dans la famille, l'État et la société », comme le rappelle Ion (2005, p. 48).

En conclusion, que l'on porte sur les causes de la maltraitance envers l'enfant un regard clinique (histoire de vie anxiogène, mécanismes de défense, etc.) ou un regard sociologique (déficiences de l'environnement fragilisant l'individu), que l'on en qualifie les manifestations de pulsions agressives ou de détérioration pathologique des liens, force est de constater la complexité du phénomène et la nécessité d'une interprétation tenant compte de l'interaction de nombreuses variables.

## Le vécu : difficultés rencontrées et affects

Les assistantes sociales de notre échantillon expriment leur vécu et explicitent les diverses difficultés qu'elles rencontrent dans leur travail autour de la maltraitance. Au travers de leurs paroles, nous pouvons repérer en filigrane une souffrance psychique.

Les causes de souffrance décrites par ces assistantes sociales sont multiples. On y retrouve les catégories correspondant à la classification faite par Dejours (1993), psychiatre, psychanalyste et spécialiste de la psychodynamique du travail, dans le bilan qu'il dresse à l'issue de nombre d'enquêtes de terrain réalisées sous forme de groupes de parole de travailleurs.

- Une première source de difficulté est liée à la tâche, c'est-à-dire à la complexité ainsi qu'à la lourdeur des situations à traiter, sans oublier les rythmes de travail. Citons quelques exemples significatifs : « Alors la complexité culturelle, la complexité des constructions familiales, enfin des systèmes familiaux, la complexité aussi de la problématique adolescente... est-ce qu'il faut prendre en compte ceci ou cela, c'est aussi pour cela qu'il faut travailler en partenariat, parce que, tout seul, ce n'est pas possible », « En une matinée de 8 h 30 à 13 heures sans interruption, on doit recevoir 14 personnes d'affilée, c'est de l'abattage, et du coup, à un moment, on ne supporte plus d'entendre certaines choses donc on ne sait plus comment on va les gérer... », « Les gens ramènent leurs propres angoisses... et ça génère un stress, une angoisse, et ça peut réveiller des tas de choses en fonction de l'histoire de chacun... » Or, il faut savoir que le travailleur social est souvent réellement seul et souffre de ce manque d'étayage : dans le cadre de l'Éducation nationale, par exemple, car il n'existe qu'un seul poste par collège. Ce sentiment de solitude s'exprime souvent même lorsqu'il existe une équipe : « On partage la tâche mais, comment dire, il y a quand même la solitude qui se fait sentir par rapport à la problématique sociale où je suis vraiment la seule à devoir gérer, voilà », « Je suis seule malgré l'équipe. »

- Une autre source, déjà évoquée précédemment, est liée à l'organisation et à la non-reconnaissance du travail fourni : manque d'aide, lenteur de traitement des dossiers par les services compétents ou encore manque de coordination, de concertation à haut niveau, dans les problématiques de protection de l'enfance, manque de structures, vaine attente de réponses de la part de leur hiérarchie territoriale... « Si la justice pouvait mieux fonctionner, ce serait bien, que les dossiers ne traînent pas pendant des mois et des mois, ce serait une bonne chose, qu'on fasse aussi un peu plus confiance dans nos évaluations aussi, qu'on ait plus de moyens, plus de possibilités de prise en charge éducative, qu'on soit moins exigeants envers nos écrits, ça serait pas mal. »
- Enfin, une source de souffrance exprimée par les travailleurs sociaux est inhérente à leurs conflits intrapsychiques et à leurs multiples peurs :
  - crainte de se tromper, de mal évaluer la nécessité d'un signalement et surtout la décision de placement qui suscite un questionnement incessant et la réactivation d'une angoisse quant à la problématique de séparation et de perte, ce d'autant plus que l'on travaille seul : « Si c'est extrêmement grave, il fallait le mettre à l'abri, mais si les choses pouvaient encore se travailler en famille pour éviter que les enfants soient mis à l'extérieur et placés... », « Enfin c'était une double punition, c'est-à-dire qu'à la fois on était violenté et ensuite en plus on vous enlevait de là pour ne plus continuer à subir quelque chose » ;
  - incertitude quant au moment pertinent de l'intervention : « Ne pas intervenir dans la précipitation, mais en même temps il faut trouver aussi le bon moment d'intervenir pour éviter que les choses ne soient dramatiques » ;
  - ambivalence, quant à l'écoute : désir de faire confiance à la parole de l'usager, mais incertitude quant au degré de fiabilité de celle-ci, et en outre peur de sa propre réaction face à ce que l'on peut entendre : « Moi, j'ai toujours essayé de ne pas me laisser envahir, alors c'est pas facile, parce que la colère elle est souvent là au début, parce que c'est quelque chose d'inadmissible » ;
  - doute concernant l'empathie : nécessité d'une écoute chaleureuse, de percevoir ce que l'usager ressent mais aussi peur de s'identifier, de ne pas se situer à la bonne distance, de ne plus être capable de mettre des limites à l'interlocuteur au cadre même de la relation : « Les jeunes veulent nous embarquer, surtout les adolescents... ils nous embarqueront dans tout et n'importe quoi et il faut faire entendre aux jeunes que, voilà, on a une mission, et que ce cadre, on y tient, et ce cadre est toujours énoncé au jeune »... peur de manquer d'empathie à cause de la surcharge de travail, d'être envahi par les exigences et la souffrance exprimée, voire par la violence des propos : « J'ai parfois du mal à poser des limites aux gens, parce que je crois qu'il faut en poser et, voilà, c'est un peu la difficulté... » ;

– ces affects d'angoisse peuvent rejoaillir sur leur vie personnelle et se manifester par des insomnies : « Bon, je crois que les nuits blanches, elles sont surtout liées à notre travail », « Je ressens une crainte physique par rapport à ce qui va arriver à un jeune, enfin je suis inquiète, euh, je suis dans l'inquiétude et c'est vrai que ça arrive encore que je m'endorme, que je me réveille en me disant : "Pourvu que ça aille..." »

Une seule assistante sociale exprime clairement un vécu de plaisir au travail.

La souffrance ressentie et exprimée par les travailleurs sociaux dans leurs pratiques face à la violence familiale a été analysée dans plusieurs ouvrages et en particulier par Gabel (2006), qui cite notamment des paroles d'assistantes sociales lors d'interviews, de supervisions et de formations : « Je ne dois pas montrer la haine que je ressens », « Quand je vois les enfants enfermés sur eux, je suis décomposée », « Il ne faut pas trop se détacher pour ne pas être totalement blasée. »

## Gestion des difficultés et affects

Les assistantes sociales interrogées tentent de gérer leurs difficultés en faisant appel, lorsqu'elles se trouvent dans des structures qui le permettent, à leurs collègues, au psychologue, au médecin, à leur hiérarchie proche ou en se créant un réseau de partenaires. Elles participent à des journées de formation ou à des groupes de réflexion. Chacune fait un travail incessant sur elle-même : « On continue toujours à se perfectionner, j'ai dû faire un énorme travail sur l'abandon et la maltraitance. » Tout en s'efforçant à la fois de prendre une certaine distance, de poser des limites aux familles prises en charge afin de ne pas se laisser envahir par leurs angoisses, elles s'emploient à établir un dialogue avec les usagers, un travail répétitif d'apaisement, et d'analyser des situations avec les parents. Elles espèrent les faire évoluer, les amener à des comportements plus responsables et moins maltraitants afin d'éviter le placement. Cette gestion des difficultés et affects implique des compétences professionnelles.

## Compétences professionnelles

Les compétences professionnelles principalement citées sont : une grande humilité afin d'éviter de fonctionner dans la toute-puissance, de la patience, une grande tolérance, une capacité d'écoute empathique, de reformulation, du respect, et de la disponibilité envers l'usager ainsi qu'une aptitude à trouver la juste distance pour éviter une implication affective autodestructrice : « Il faut être à l'écoute des gens mais il faut savoir mettre des limites, choses que j'ai un peu plus de mal à faire, mais je crois qu'en tant que professionnel il faut savoir aussi le faire quelquefois. »

Quant aux compétences issues des contenus de leur formation initiale en 3 ans menant au diplôme d'État d'assistant du service social, les travailleurs sociaux estiment les diverses matières enseignées utiles mais trop superficielles, un saupoudrage insuffisant : « Notre formation, elle est tellement dans de multiples disciplines mais... elles sont survolées... elles ne sont pas suffisamment poussées pour nous aider en tout cas à prendre du recul en liant la pratique et la théorie... et je crois qu'on n'approfondit pas assez pour optimiser cet aller-retour dans la pratique », « Je lis beaucoup de documents et j'essaie toujours de réveiller mon cerveau au quotidien... parce que notre formation de base seule ne suffit pas. Il faut donc continuer à se former durant toute la vie professionnelle. »

## Demandes et propositions

Les demandes de formation varient selon les besoins individuels d'approfondissement dans les domaines théoriques suivants : droit, psychologie, psychiatrie, ethnopsychiatrie, gériatrie ; mais il existe aussi des demandes pressantes concernant des domaines pratiques : l'entretien familial, l'approche psychosociale, le management d'une équipe, l'interculturalité et la médiation.

Les demandes de création de postes supplémentaires d'assistant de travail social sont prégnantes à travers leur discours, même si les assistantes sociales restent implicites lorsqu'elles se plaignent de la surcharge de travail et de ses conséquences sur la qualité.

Un espace de parole, de débriefing, de supervision, d'analyse des pratiques a manqué à la majorité des personnes interrogées. « On est entre pairs, donc il n'y a pas ce regard de supervision qui nous aiderait à approcher la situation sous un autre angle, ça reste quand même limité, on a ce soutien des collègues mais ça ne permet pas toujours d'avancer la situation », « Pour moi, le principal, c'est la supervision et l'analyse des pratiques pour ne plus être dans la toute-puissance du travailleur social, c'est très important. » Dans un chapitre instructif intitulé « Quand les aidants demandent de l'aide : soutien aux intervenants ou soutien à la relation », le sociologue Pommier (2005) explicite les enjeux en question dans les lieux d'analyse des pratiques destinés aux professionnels du travail social, à leur demande. Résumons les principaux aspects qu'il met en avant. Le cadre : il s'agit d'un espace d'écoute, d'échange, de libre parole comportant des règles de fonctionnement mais d'où sont exclus la hiérarchie et le personnel administratif. Le clinicien présent n'a pas de compte à rendre sur ce qui y est dit. Il s'agit donc d'un « espace protégé, régi par la confiance, sans enjeu institutionnel ». Il s'agit aussi d'un espace transitionnel de partage, de questionnement et de réflexivité portant sur la souffrance ressentie par chacun dans sa relation et son action d'aide auprès de l'usager, et sur les affects éprouvés face aux limites, à l'impuissance,

voire à l'échec éventuel de cette relation. Néanmoins, il s'agit d'un lieu caractérisé par une dimension pédagogique : l'objectif est d'accompagner, de permettre la verbalisation de l'indicible et d'amener à l'interprétation, d'apprendre collectivement à réfléchir, à anticiper, à redonner du sens par la mise en commun des expériences des participants. On comprend pourquoi la demande d'un tel lieu est quasi unanime chez les travailleurs sociaux interrogés.

Des propositions novatrices apparaissent concernant l'évolution de la formation initiale ainsi que celle de la profession :

- des propositions d'une 4<sup>e</sup> année de spécialisation sont quelquefois émises (donc un diplôme en 4 ans) par les assistantes sociales de notre échantillon, qui jugent leur formation initiale très insuffisante par rapport à leur travail réel ;
- les travailleurs sociaux devraient publier plus souvent des articles à propos de leurs pratiques professionnelles et théoriser : « Nous, les travailleurs sociaux, on est en général des complexés, c'est vrai, on ne s'autorise pas à parler de nous... il y a très peu de théories autour de la pratique du travail social, c'est dommage » ;
- une action de prévention est nécessaire dès le plus jeune âge et au sein de l'Éducation nationale, par exemple. Il s'avère nécessaire d'introduire des assistants sociaux à l'école primaire, voire en maternelle ;
- de même, davantage de structures d'accueil et de prise en charge éducative des parents, d'espaces d'aide à la parentalité, ainsi que de groupes de parole de parents, projets délaissés en France, doivent voir le jour : « C'est difficile d'être parent quand on est démunie à la fois sur un plan matériel, sur un plan intellectuel, sur un plan psychologique, et je me dis qu'on pourrait faire un vrai travail de prévention [si] déjà on s'attachait aux difficultés des parents [...] j'ai déjà participé à des groupes de parole de parents, je trouve que, là, il y a quelque chose à travailler qu'on ne sait pas faire ici, je sais qu'au Canada ou dans certains pays en dehors de l'Europe il y a ce travail d'approche de la fonction parentale qui se fait très tôt, qui est très intéressante, et je pense que ça, ce serait un vrai travail de prévention. » À ce propos, nous pouvons renvoyer le lecteur au travail réalisé en Suisse et décrit par Giuliani (2005). Elle y décrit un programme sous forme d'un engagement de travail réciproque, mais au cas où le parent ne s'impliquerait pas dans cette prise en charge, l'accompagnement serait mis en échec et cet échec conduirait à « une solution ultime qui n'est pas anodine », autrement dit au placement de l'enfant. En filigrane, nous lisons dans cette expression toute la problématique anxiogène que constituent, aux yeux du travailleur social, la séparation et le placement.

## De la bientraitance

Force est de constater que le terme « bientraitance » n'existe pas dans le dictionnaire *Larousse*. Est-ce parce qu'il est relativement trop récent ou encore parce qu'il est impossible à définir ? Pourrait-on dès lors le définir par défaut comme étant une absence de maltraitance ? Cyrulnik (2005, p. 6) pense qu'il n'en est rien : « La bientraitance n'est pas la non-maltraitance, comme s'il suffisait de ne pas torturer un enfant pour qu'il soit bien traité. Il est nécessaire de ne pas le maltraiter, c'est loin d'être suffisant, car si la bientraitance n'était que cela, il suffirait de disposer autour du petit un frigidaire bien rempli, un bon programme télé, de jolis vêtements propres et de lui dire chaque matin un "au revoir" affectueux pour qu'il se développe bien. Cette situation, de plus en plus fréquente dans notre Occident technologique, donne de mauvais résultats. Ces "carences dorées" dont parle Michel Lemay rendent ces enfants protégés très malheureux parce que ce qui traite bien un enfant, c'est une altérité et non un frigo. »

Quelles seraient dès lors les caractéristiques définissant la bientraitance d'après les représentations des assistantes sociales interrogées ?

Remarquons que ces dernières se montrent beaucoup moins prolixes à ce sujet que lorsqu'il s'agit de définir la maltraitance : elles marquent des hésitations, certaines expriment même leur ignorance : « Je n'ai jamais entendu ce terme, je ne sais pas, maintenant il faut que j'y pense... », « Alors à vrai dire, je sais pas bien ce que c'est, la bientraitance, parce que voilà, j'étais à des formations sur la résilience, mais la bientraitance ? Bon, ben, la bientraitance, dedans y a le mot "bien"... ». Cette dernière réflexion montre la sensibilité de l'assistante sociale à l'aspect éthique contenu dans le concept de bientraitance. Rappelons que cette connotation a suscité des critiques quant à la pertinence même de son usage, notamment celle de Garrigue-Abgrall (2005, p. 134) : « Chaque fois que l'on pense le bien pour quelqu'un, on se situe dans un questionnement éthique... suffit-il de savoir le bien pour le faire ?... ». Nous avons d'ailleurs constaté que l'incertitude quant au « bien » était une des causes de la souffrance au travail exprimées par les assistantes sociales.

S'agissant de la bientraitance familiale, certaines assistantes sociales sont renvoyées à l'idée d'un idéal de perfection, voire d'une utopie : « Ce serait l'idéal ! Ce serait l'idéal ! Je pense qu'il faudrait réunir des conditions où, oui, ça serait un peu de l'utopie... », « Je pense que quand on a des enfants, on a envie d'être bientraitant, je ne suis pas sûre qu'on le soit toujours parce que nous ne sommes pas parfaits. ». Selon la grande majorité d'entre elles, la bientraitance familiale envers l'enfant aurait pour objectif de réunir toutes les conditions lui permettant un développement harmonieux menant à son épanouissement.

À cette fin, la famille se doit prioritairement d'entourer l'enfant d'apports affectifs : « Je crois que l'affectif, c'est quelque chose qui construit un enfant », « être entouré d'amour et d'affection »... « La famille est censée lui procurer un bien-être d'ordre physique, matériel et de sécurité, répondre à ses besoins de soins, de sécurité, de protection, donc à ses besoins primaires : « Je dirais que la bientraitance c'est la santé, la sécurité, l'apport affectif apportés par les parents pour grandir, se construire, s'épanouir », « Une bonne hygiène de vie, la nourriture, la vêture, voilà, qu'il soit habillé correctement. » Mais il faut en outre que les parents manifestent leur respect et une écoute envers l'enfant, lui permettent de devenir autonome et de s'exprimer : « Ce serait déjà bien de le considérer comme un être humain à part entière, c'est-à-dire pas comme un objet qui nous appartient, quelque chose qui a une vie propre, qui a des sentiments, qui a des émotions qui lui appartiennent, un corps qui lui appartient... » « Apprendre à s'écouter au sein des familles, c'est-à-dire accepter la parole de l'autre et en tenir compte, accepter que cette parole ne soit pas figée mais évolue parce qu'on n'a pas toujours les mêmes besoins, il ne suffit pas d'écouter. »

La bientraitance inclut l'accès à l'éducation, mais cette condition n'est nommée que par une seule assistante sociale du groupe interrogé ; il en va de même du comportement parental qui consiste à donner des limites (alors qu'en négatif, ces manques étaient signalés à propos de la maltraitance familiale dans le registre de la négligence).

La bientraitance implique enfin, aux dires des assistantes sociales, le fait de s'adapter à chaque enfant et à son évolution. Cette représentation est intéressante, car elle renvoie à la capacité d'adaptation, d'ajustement de « la mère suffisamment bonne » aux besoins spécifiques de son enfant à un moment donné, définie il y a de cela 40 ans par Winnicott (1969).

Rappelons que selon le modèle de Pourtois et Desmet (2000), le développement humain passe par la satisfaction de 12 besoins situés sur quatre axes : affectif, cognitif, social et idéologique. Or, les assistantes sociales interrogées privilégièrent l'axe affectif et l'axe social, mais passent quasiment sous silence les deux autres. Dans leurs représentations spontanées de la bientraitance, elles accordent peu de poids aux stimulations, expérimentations et renforcements que l'on attend des parents, et ne se préoccupent pas des valeurs (bien, vrai, beau) qui sous-tendent l'éducation. Concernant l'axe social, le besoin de structures est, par ailleurs, rarement cité.

La bientraitance institutionnelle vis-à-vis des familles et des jeunes consiste à les accueillir chaleureusement, à les écouter avec respect et empathie, donc à croire à leur vécu de souffrance et à agir en tenant compte de celui-ci en leur assurant le minimum vital leur permettant

d'évoluer. Citons leurs paroles : « Il va falloir faire émerger les potentialités de la famille », « C'est tout ce qu'on peut regarder avec un regard bienveillant... ça peut aller d'un regard positif sur le jeune, enfin en termes d'essayer d'aller toujours dans le sens du positif de la ressource qui existe dans tout jeune », « L'évolution sociologique qui fait que c'est pas nous qui pouvons trouver des réponses, [...] mais en tout cas on peut essayer de donner des réponses, de l'aide ou du conseil ou de les rassurer. » Ce point de vue est à rapprocher de la conception de Giuliani (2005, p. 131) que nous avons citée précédemment : « considérer le parent défaillant comme un être humain doué d'une capacité de changement. L'intervenant l'engage dans une maïeutique qui vise à la reconstruction positive du sujet par lui-même et à lui rendre l'estime sociale ».

Enfin, la bientraitance institutionnelle vis-à-vis des professionnels se traduirait par des signes de reconnaissance et de confiance émis par l'institution territoriale : une aide réelle, des réponses et une valorisation de leurs efforts leur assurant un sentiment d'utilité : « Qu'on fasse un peu plus confiance à nos évaluations... que les choses aillent un peu plus vite, qu'on perde moins de temps en tergiversations, qu'on soit moins exigeant au niveau de nos écrits, voilà, c'est déjà pas mal si avec ce qu'on a ça pouvait tourner mieux, ça serait pas mal. »

L'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM)<sup>1</sup> a publié un fascicule de recommandations relatives à la bientraitance des institutions vis-à-vis des usagers, mais aussi vis-à-vis des professionnels (document intitulé « La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre », que l'on peut trouver intégralement en ligne). Ce fascicule comprend notamment des repères pour la mise en œuvre dont l'un s'intitule « Le soutien aux professionnels dans leur démarche de bientraitance ». L'objectif est de « garantir que ces professionnels soient entendus, reconnus et accompagnés dans l'exercice de leur mission ». En outre, ce document reprend en détail des modalités de mise en œuvre ; or, celles-ci correspondent exactement à toutes les demandes et propositions des assistantes sociales de notre recherche, exprimées lors des entretiens, c'est dire combien leurs demandes sont pertinentes pour acquérir la capacité de porter le « projet collectif de la bientraitance ».

Souhaitons, en concluant ce chapitre, que les paroles des assistants de service social soient entendues et que leurs souhaits, leurs propositions innovantes, tant à propos de leur propre formation qu'au sujet de l'aide à la parentalité, aboutissent à une évolution concrète de la profession dont une des plus difficiles missions consiste à gérer ce problème complexe de la protection des enfants et, en particulier, celui de la maltraitance.

---

1. Crée par la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2007. Site : [www.ansem.sante.gouv.fr](http://www.ansem.sante.gouv.fr).

## CHAPITRE 10

# Violences physiques, violences psychiques : tolérance et justification

Yvane Wiart

Afin de déterminer quelles pouvaient être les représentations et théories implicites des intervenants, quatre questionnaires leur ont été présentés, portant sur la conception de la violence faite aux enfants et ses éventuelles justifications (Mesure de la justification de la violence envers l'enfant [MJVE]) [Fortin, 1995], sur les pratiques éducatives jugées adéquates, sur les comportements parentaux valorisés et sur les traits de caractère privilégiés chez l'enfant. Ainsi, 309 professionnels ont répondu à ces questionnaires, dont 64 travailleurs sociaux (21 %), 46 écoutants (15 %), 65 enseignants de primaire (21 %), 50 médecins (16 %), 43 gendarmes (14 %) et 41 psychologues (13 %). Parmi eux, on comptait 32 % d'hommes contre 68 % de femmes, avec une expérience professionnelle supérieure à 10 ans pour la grande majorité, hormis chez les écoutants. Soixante pour cent d'entre eux étaient âgés de plus de 40 ans et avaient eux-mêmes des enfants.

## Tolérance envers la violence faite aux enfants

Le questionnaire de tolérance envers la violence faite aux enfants est constitué de huit énoncés, et l'on demande au répondant s'il est en accord ou en désaccord avec ces affirmations, ou s'il n'est ni en accord ni en désaccord, autrement dit s'il ne se prononce pas. Les énoncés sont présentés ci-dessous par ordre croissant de tolérance, plus les répondants sont en accord avec eux, ou ne se prononcent pas, plus ils sont censés tolérer la violence envers l'enfant.

- Q4. *Les enfants pleurent souvent pour rien.*
- Q5. *Il y a des enfants qui ont besoin d'une bonne correction de temps en temps.*
- Q7. *Les enfants mentent facilement.*
- Q6. *Aujourd'hui, les enfants ne respectent plus leurs parents.*
- Q3. *Une fessée n'a jamais fait de mal à personne.*
- Q1. *Si on est sévère avec l'enfant, il nous remerciera plus tard.*
- Q8. *Les enfants n'ont pas de limites.*
- Q2. *Les enfants ont besoin d'autorité pour se sentir en sécurité.*

Dans ce premier ensemble d'énoncés, il apparaît d'abord que la dernière affirmation a un statut particulier, puisque 90 % des intervenants sont en accord avec elle, considérant que les enfants ont besoin d'autorité pour se sentir en sécurité, contre seulement 6 % qui ne sont pas d'accord, principalement parmi les gendarmes. Par contraste, sur l'ensemble des réponses aux sept autres énoncés, on remarque que, bien que 53 % de celles-ci soient des manifestations de désaccord, il existe 18 % d'indécision et 29 % d'accord. Ces deux derniers chiffres montrent que dans près de la moitié des cas, la sévérité, voire la violence envers les enfants, est justifiée peu ou prou par les répondants, ceux-ci semblant avoir une image plutôt négative des enfants, perçus comme menteurs, manipulateurs et susceptibles de prendre le dessus sur l'adulte.

Certaines affirmations semblent avoir davantage dérangé les répondants que d'autres, ce qui se traduit par un taux important de réponses indécises par lesquelles les personnes ne se prononcent pas, soit parce qu'elles n'ont pas la réponse, soit parce qu'elles évitent de la communiquer. Ainsi, l'affirmation sur la sévérité recueille 23 % d'indécision, soit près de 1 répondant sur 4, surtout chez les psychologues et les écoutants, voire près de 1 sur 3 chez les médecins. Les trois propositions sur l'absence de respect, de limites et sur le mensonge recueillent le même type de profil global d'indécision, avec 25 %, 22 % et 23 % respectivement.

Dans le détail, autour d'un tiers des médecins et des travailleurs sociaux ne se prononcent pas quant au fait que les enfants ne respectent plus leurs parents, près de 30 % des travailleurs sociaux et des psychologues ne se prononcent pas sur l'absence de limites des enfants, et pas loin d'un quart des travailleurs sociaux, médecins, écoutants et enseignants ont choisi de ne pas se prononcer quant au fait que les enfants mentent facilement, avec cette fois 30 % des gendarmes. De tels niveaux d'indécision font baisser d'autant le taux de désaccord net avec les énoncés prônant la tolérance envers la violence à enfant, et conduisent à s'interroger sur la signification à donner à ces absences de choix. On peut les interpréter comme un signe de désirabilité sociale conduisant à éviter d'endosser des énoncés non désirables socialement, sans pouvoir cependant se dire ouvertement en désaccord avec eux,

ce qui conduit à les assimiler à des réponses positives accentuant le niveau de tolérance de la violence envers l'enfant, violence à visée éducative et justifiée par les « mauvais penchants » de celui-ci.

Lorsque l'on examine ces résultats par catégories d'intervenants, les gendarmes et les enseignants se distinguent globalement des autres catégories en manifestant plus fréquemment leur accord avec ces énoncés de tolérance de la violence envers l'enfant. On peut faire l'hypothèse que leur profession, pouvant les exposer à une certaine agressivité de la part des enfants, les prédispose à ce type de jugement, alors que les autres intervenants sont à l'écoute des violences, sans en être les victimes. À ce titre, les réponses des écoutants, catégorie *a priori* la plus sensibilisée aux violences à enfants, peuvent surprendre. Ainsi, 26 % d'entre eux sont d'accord avec le fait qu'une fessée n'a jamais fait de mal à personne, 15 % ne se prononcent pas ; 7 % sont d'accord avec le fait que certains enfants ont besoin d'une bonne correction de temps en temps, 11 % ne se prononcent pas ; 24 % prônent la sévérité, 26 % ne se prononcent pas. Par ailleurs, 37 % estiment que les enfants ne respectent plus leurs parents, 24 % qu'ils mentent facilement et 33 % qu'ils n'ont pas de limites, avec des taux d'indécision de 22 %, 22 % et 24 % respectivement, ce qui conduit à peine la moitié des écoutants à être en désaccord avec ces énoncés.

De tels profils de réponses chez les professionnels suggèrent une vision brouillée de l'enfant, qui n'est pas sans évoquer les trois conceptions de la nature humaine rapportées par Karen Horney (1951) et les visions de l'éducation qui en découlent. Soit l'enfant est perçu comme fondamentalement mauvais et doit, en conséquence, être strictement contrôlé, y compris par l'usage de la force, pour apprendre à se maîtriser ; soit il est partagé entre bon et mauvais, et le développement de la raison et de la volonté vont aider à ce que le positif l'emporte sur le négatif ; soit enfin il est considéré comme essentiellement bon, et le but de l'éducation est de l'aider à développer harmonieusement son potentiel. Nombre des intervenants interrogés ici semblent pencher pour la première version, voire la seconde, mais ne paraissent pas franchement en faveur de la troisième hypothèse.

En ce qui concerne le statut particulier de l'énoncé sur l'autorité, dont le profil de réponses se distingue nettement des autres par l'accord massif qu'il suscite et son manque apparent d'homogénéité par rapport à eux et à la signification de l'échelle, on peut penser à un problème de passage d'expressions familières en français du Québec à leur équivalent en français métropolitain. *Les enfants ont besoin d'autorité pour se sentir en sécurité* est censé être l'équivalent de *les enfants ont besoin d'une bonne poigne d'autorité pour se sentir en sécurité*. Il y a de fortes chances que cette dernière expression implique bien davantage le recours à la force et à une certaine forme de violence que l'équivalent

présenté ici. La surprise vient alors des 7 à 10 % d'intervenants, voire des 17 % de gendarmes qui ne sont pas sûrs ou ne sont pas d'accord avec l'idée que les enfants ont besoin d'autorité de la part des adultes.

## Jugement sur la violence des comportements envers l'enfant

L'évaluation de la violence des comportements de l'adulte envers l'enfant a été abordée par le biais de situations illustrant trois thèmes : l'intimidation de l'enfant, son isolement social et les manifestations de rejet dont il peut faire l'objet. Les répondants devaient se prononcer selon qu'ils trouvaient ou non le comportement ouvertement violent, une certaine indécision leur étant proposée par le choix de répondre *plus ou moins violent*.

### Échelle d'intimidation

Comportements classés selon le jugement de violence qui leur a été attribué :

- Q25. Se mettre en colère après l'enfant.*
- Q32. Donner une tape à l'enfant.*
- Q43. Donner des ordres à l'enfant en criant.*
- Q34. Donner une correction à l'enfant.*
- Q39. Pincer l'enfant.*
- Q35. Menacer l'enfant de lui faire du mal.*
- Q26. Gifler l'enfant.*
- Q36. Faire peur à l'enfant en lançant ou en fracassant un objet.*

Lorsque l'on classe par ordre les situations d'intimidation, depuis celles correspondant à des comportements qui ont été jugés les moins violents jusqu'à celles qui ont été jugées les plus violentes, on observe un contraste marqué entre les deux premières et les suivantes. Ainsi, se mettre en colère après l'enfant ou lui donner une tape ont été jugés violents par 11 % et 31 % des intervenants respectivement, alors que 48 % et 39 % les jugent peu ou pas violents, et 40 % et 30 % plus ou moins violents. Ce dernier choix d'indécision s'interprète ici de manière légèrement différente que précédemment, sachant qu'il peut aussi signifier que le comportement sera jugé violent ou non en fonction des circonstances et du contexte. Néanmoins, il comporte par son sens la mention d'un jugement de faible violence dans certains cas, ce qui permet ici aussi de l'associer au jugement selon lequel les comportements ont été estimés peu ou pas violents. Dans ce cadre, il apparaît que 88 % des répondants estiment que se mettre en colère après l'enfant est peu ou pas violent, et pour 69 % que donner une tape ne l'est pas non plus.

L'écrasante majorité d'opinions non négatives concernant ce type de comportement peut être mise en relation avec la représentation précédemment évoquée selon laquelle les enfants ont besoin d'autorité pour se sentir en sécurité, qui recueille aussi une vaste majorité d'assentiment (90 %). On peut alors s'interroger sur les 11 % de répondants qui estiment que se mettre en colère après l'enfant est violent, voire très violent, et qui sembleraient s'interdire la manifestation émotionnelle d'un désaccord, ce qui peut cette fois déstabiliser l'enfant par une absence de réaction marquée lorsque les limites ont été franchies. On peut aussi s'interroger à nouveau sur des problèmes de passage du français du Québec au français métropolitain, *se mettre en colère après l'enfant* est censé être l'équivalent de *faire des colères à l'enfant*. L'esprit de cet énoncé serait sans doute mieux rendu par *se mettre en rage après l'enfant*, dont la violence et le caractère excessif seraient plus conformes au sens de l'échelle. Mais les répondants ne s'y sont pas trompés, ce qui montre au passage que le questionnaire a été rempli avec attention, sans biais majeurs.

En ce qui concerne les autres situations, on observe peu de différences d'opinion entre les comportements qui visent à faire peur à l'enfant et ceux qui s'en prennent physiquement à lui. Elles recueillent entre 70 et 85 % de jugements de violence, ce qui laisse tout de même entre 15 et 30 % de réponses autres, soit d'indécision, soit d'évaluation de non-violence. Ce jugement de non-violence se stabilise globalement autour de 6 % pour ces situations, pouvant cependant atteindre 20 %, voire 26 % pour certaines d'entre elles et certaines catégories d'intervenants, comme nous le verrons plus bas. Il peut ici sembler surprenant que gifler l'enfant soit globalement jugé davantage violent (85 %) que lui donner une correction (79 %), comportement qui sous-entend pourtant une atteinte physique plus marquée dans sa durée, voire son intensité. Enfin, le comportement jugé le plus violent concerne le fait de lancer ou de fracasser un objet, ce qui *a priori* ne porte pas physiquement atteinte à l'enfant comme le fait de lui donner une correction, de le pincer, de le gifler ou de menacer de lui faire du mal. Ici, 94 % des professionnels émettent un jugement de violence, mais il s'en trouve tout de même pour ne pas être bien sûrs, voire pour ne pas juger ce comportement ouvertement violent.

En ce qui concerne les différentes catégories d'intervenants, les gendarmes semblent être de ceux qui estiment davantage que ces formes d'intimidation sont peu ou pas violentes. Ils sont ainsi près de la moitié à juger que pincer l'enfant ou le gifler n'est pas violent dans l'absolu ou n'est que plus ou moins violent. De même, ils sont 40 % à juger que menacer l'enfant de lui faire du mal n'est pas clairement violent. Ils ne sont pas globalement suivis par les enseignants, cette fois, comme dans les énoncés sur la tolérance de la violence, présentés précédemment.

Ces derniers sont parmi les plus nombreux (autour de 90 %) à trouver violent de donner à l'enfant des ordres en criant, de lui donner une correction, de le pincer, ou de menacer de lui faire du mal. La position des écoutants fait à nouveau question. Ainsi, ils sont 4 % à trouver que pincer l'enfant n'est pas violent et 17 % à estimer que c'est plus ou moins violent, 4 % à trouver que menacer de lui faire du mal n'est pas violent et 15 % à estimer que c'est plus ou moins violent. Ils sont donc 19 à 21 % à ne pas trouver ces comportements violents dans l'absolu. De même, ils sont 11 % à ne pas juger violent de donner une correction à l'enfant et 11 % à trouver ce comportement plus ou moins violent, soit 22 % à ne pas l'estimer violent dans l'absolu. Les psychologues et les médecins sont aussi 14 % et 19 % à ne pas estimer que menacer l'enfant de lui faire du mal est violent dans l'absolu, pas plus que de le pincer (14 % et 17 %). Plus d'un quart des psychologues et des travailleurs sociaux (27 % et 25 %) estiment que donner une correction à l'enfant n'est pas violent dans l'absolu, avec une position médiane particulièrement élevée (*plus ou moins violent* : 22 %).

Ces résultats semblent indiquer que parmi les groupes d'intervenants interrogés, il existe un ensemble de personnes qui, pour minoritaire soit-il, justifie néanmoins peu ou prou le recours à des formes d'intimidation de l'enfant en les jugeant comme plus ou moins, voire pas du tout violentes.

## Échelle d'isolement

Comportements également classés selon le jugement de violence qui leur a été attribué :

- Q30. Empêcher l'enfant de parler aux voisins.*
- Q27. Toujours interdire à l'enfant d'amener des amis à la maison.*
- Q40. Interdire à l'enfant toute activité en dehors de l'école.*
- Q31. Critiquer tous les amis de l'enfant.*

Les pourcentages de jugement des comportements d'isolement de l'enfant comme violents sont globalement plus faibles que pour l'échelle précédente, puisqu'ils vont de 62 à 81 %, contre 72 à 94 % pour l'intimidation, en dehors des items 25 et 32, au statut particulier comme nous l'avons vu. Ainsi, 16 % des intervenants estiment qu'il n'est pas violent d'empêcher l'enfant de parler aux voisins, 17 % qu'il n'est pas violent d'interdire systématiquement à l'enfant d'amener des amis à la maison, et 23 % d'un côté et 18 % de l'autre que ces comportements sont plus ou moins violents, d'où 39 % et 35 % respectivement qui n'estiment pas ces comportements comme violents dans l'absolu. Parallèlement, 5 % des répondants jugent qu'il n'est pas violent d'interdire à l'enfant toute activité en dehors de l'école, et 6 % qu'il n'est pas violent

de critiquer tous les amis de l'enfant. Avec les 14 % et 15 % qui jugent ces comportements comme plus ou moins violents, 1 répondant sur 5 ne juge pas ces approches comme violentes dans l'absolu.

Les gendarmes constituent à nouveau le groupe où l'estimation de ces comportements comme violents est proportionnellement la plus faible. Les autres catégories sont très mélangées dans leur niveau de jugement respectif de violence sur les quatre situations de cette échelle. On peut cependant à nouveau s'étonner que seulement 54 % des écoutants jugent violent d'empêcher l'enfant de parler aux voisins ou que seulement les deux tiers des enseignants, des médecins et des travailleurs sociaux trouvent violent d'interdire systématiquement à l'enfant d'amener des amis à la maison. Par ailleurs, 20 % des médecins, des enseignants et des travailleurs sociaux n'estiment pas violent dans l'absolu de critiquer tous les amis de l'enfant, alors qu'environ 20 % des enseignants, des travailleurs sociaux et des écoutants ne trouvent pas violent dans l'absolu d'interdire à l'enfant toute activité en dehors de l'école. Là encore, il semble qu'une part non négligeable de la population interrogée n'estime pas les comportements visant à isoler l'enfant comme absolument violents.

## Échelle de rejet

Comportements classés à nouveau selon le jugement de violence qui leur a été attribué (ordre croissant) :

- Q44. *Minimiser les succès scolaires de l'enfant.*
- Q37. *Critiquer l'enfant pour tout ce qu'il fait.*
- Q28. *Rire de l'apparence physique de l'enfant.*
- Q29. *Donner à l'enfant un surnom négatif.*
- Q33. *Dire à l'enfant qu'on aimerait s'en débarrasser.*
- Q38. *Dire à l'enfant qu'on regrette de l'avoir mis au monde.*
- Q42. *Dire à l'enfant qu'il ne fera jamais rien de bon dans sa vie.*
- Q41. *Briser, détruire ou jeter les jouets préférés de l'enfant.*

L'échelle de rejet est celle qui recueille le plus grand consensus sur la violence des comportements répertoriés, puisque entre 76 et 99 % des intervenants selon leur catégorie les jugent comme tels dans l'absolu. Minimiser les succès scolaires de l'enfant est le comportement qui recueille le moins d'assentiment quant à sa violence dans l'absolu, puisqu'un quart des répondants ne le qualifient pas comme tel. Critiquer l'enfant pour tout ce qu'il fait, rire de son apparence physique ou lui donner un surnom négatif recueille encore, dans certains groupes d'intervenants, 10 % de personnes susceptibles de trouver ces comportements pas violents ou plus ou moins violents. Les quatre derniers comportements, dire à l'enfant qu'on aimerait s'en débarrasser, qu'on regrette de l'avoir mis au monde, qu'il ne fera jamais rien de bon dans la vie ou le priver

de ses jouets favoris, recueillent cette fois une quasi-unanimité dans le jugement de violence qu'ils suscitent (entre 97 % et 99 %). La violence psychologique illustrée par ces énoncés semble donc globalement bien repérée par une vaste majorité d'intervenants, bien qu'il existe quelques exceptions.

Les gendarmes sont à nouveau ceux qui ont tendance à compter dans leurs rangs le plus de personnes susceptibles de juger ces comportements de rejet comme plus ou moins violents, voire pas violents, suivis cette fois des médecins et dans certains cas des écoutants. Un quart des écoutants trouvent ainsi qu'il n'est pas violent dans l'absolu de minimiser les succès scolaires de l'enfant, 4 % d'entre eux hésitent à qualifier le fait de briser, détruire ou jeter les jouets préférés de l'enfant comme incontestablement violent. Ils sont dépassés en cela par 2 % des médecins qui jugent non violent un tel comportement, 6 % de ces derniers hésitant à qualifier de violent le fait de dire à l'enfant qu'il ne fera jamais rien de bon dans la vie, ou de lui dire qu'on regrette de l'avoir mis au monde (2 %), alors que pour 4 % d'entre eux, cet énoncé est cette fois jugé peu ou pas violent. Ils émettent des jugements en proportion comparables en ce qui concerne le fait de dire à l'enfant qu'on aimerait s'en débarrasser. Par ailleurs, 12 % d'entre eux jugent plus ou moins violent, voire pas violent, de rire de l'apparence physique de l'enfant, ou de lui donner un surnom négatif (8 %). Enfin, 4 % d'entre eux estiment encore qu'il n'est pas violent de critiquer l'enfant pour tout ce qu'il fait, rejoints en cela par les enseignants (5 %), tandis que 8 % estiment que c'est plus ou moins violent.

Même s'il s'agit là de pourcentages qui peuvent paraître faibles, voire très faibles, représentant en réalité quelques personnes, les réponses des autres catégories de professionnels montrent qu'elles peuvent être très tranchées et absolues. Ainsi, 100 % de répondants qualifient certains de ces comportements comme violents sans hésitation, ou refusent d'en qualifier d'autres comme peu ou pas violents, et c'est ce contraste qui conduit à s'interroger sur les exceptions.

## **Questionnaire d'attribution de la violence**

L'attribution de la violence est approchée, d'une part par la non-responsabilité supposée du parent, et d'autre part par le blâme de l'enfant, dont le comportement est censé justifier la violence qu'il subit. Les répondants devaient prendre position par rapport à des raisons qui pourraient expliquer qu'un parent batte son enfant. Seize propositions leur étaient présentées, et ils devaient juger ces explications comme acceptables ou non, voire ni inacceptables, ni acceptables s'ils ne désiraient pas se prononcer.

## Non-responsabilité du parent

Les propositions sont classées en ordre croissant d'acceptation par les répondants.

*Q15. Le parent est saoul.*

*Q24. Le parent est violent.*

*Q11. Le parent souffre de troubles mentaux.*

*Q22. Le parent a été battu dans son enfance.*

*Q13. Le parent a perdu le contrôle de lui-même.*

En ce qui concerne l'attribution de la violence à l'enfant rapportée à la non-responsabilité du parent, les raisons jugées les plus inacceptables par l'ensemble des intervenants concernent le fait que le parent soit saoul ou violent (81 %). Cependant, 20 % des répondants soit sont sans opinion (11 %), soit jugent ces explications acceptables (9 %). Quant au fait que le parent ait été battu dans son enfance ou qu'il ait perdu le contrôle de lui-même, plus de 30 % des répondants estiment acceptables ces explications, ou ne souhaitent pas trancher, 15 % trouvant ouvertement acceptable la première, et 20 % la seconde. L'explication en termes de troubles mentaux du parent a suscité une certaine perplexité, avec un quart de répondants qui ne se prononcent pas, indécision atteignant plus de 30 % chez les travailleurs sociaux et les psychologues, 11 % de l'ensemble des répondants trouvant néanmoins cette justification acceptable (17 % chez les écoutants et les psychologues).

Par ailleurs, on remarque que les gendarmes sont systématiquement ceux qui jugent les plus inacceptables ces explications de la violence à l'enfant en termes de non-responsabilité du parent (de 74 % à 88 % selon les justifications proposées). En revanche, les psychologues et les écoutants sont parmi ceux qui les trouvent les plus acceptables (entre 12 % et 27 %). Par exemple, près de la moitié d'entre eux penchent pour l'acceptation, ou le refus de se prononcer, quant à l'attribution de la violence à des troubles mentaux du parent ou au fait qu'il a lui-même été battu dans son enfance. Ainsi, 27 % des psychologues trouvent cette dernière explication parfaitement acceptable, ainsi que 20 % des écoutants et des enseignants.

La dernière proposition revêt, quant à elle, un statut particulier en comparaison des autres. Elle constitue une explication acceptable pour 20 % des intervenants, atteignant 26 % chez les enseignants, le taux d'acceptation le plus faible étant de 14 % pour les gendarmes. Il semble que le fait que le parent ait perdu le contrôle de lui-même n'est pas équivalent dans l'esprit des intervenants au fait que le parent soit violent puisque, là, seuls 9 % des répondants trouvent cette explication acceptable, même si ce taux s'élève à 22 % chez les psychologues. On peut s'imaginer qu'il s'agit là du caractère ponctuel d'une perte de contrôle, en opposition à une violence systématique et répétée du

parent, ce caractère ponctuel rendant cette violence excusable et acceptable pour nombre d'intervenants.

## Blâme de l'enfant

Onze propositions étaient offertes quant aux explications possibles du fait qu'un parent batte son enfant, portant cette fois l'accent sur la responsabilité de l'enfant, ayant d'une manière ou d'une autre déclenché la violence subie. Elles sont classées ici de celles jugées les plus inacceptables à celles jugées les plus acceptables par les répondants.

- Q23. Le parent n'a pas le choix.*
- Q18. L'enfant ne comprend pas autrement.*
- Q21. Le parent aime l'enfant.*
- Q19. Le parent agit dans l'intérêt de l'enfant.*
- Q20. L'enfant est coléreux.*
- Q12. L'enfant le mérite.*
- Q9. L'enfant est désobéissant.*
- Q10. C'est un enfant particulièrement difficile.*
- Q14. L'enfant l'a provoqué.*
- Q16. Le parent ne veut plus se laisser « marcher sur les pieds ».*
- Q17. L'enfant est violent.*

En ce qui concerne les explications de la violence faite à l'enfant en termes de la responsabilité de ce dernier, elles sont globalement jugées plus inacceptables que les précédentes sur la non-responsabilité du parent, avec des taux de rejet pour 75 % à 88 % des répondants, contre 64 % à 81 % précédemment. Les raisons jugées les plus inacceptables sont que le parent n'a pas le choix ou que l'enfant ne comprend pas autrement (87 % et 88 %). Cependant, 14 % et 17 % des professionnels estiment que chacune de ces deux explications est acceptable, ou se déclarent sans avis sur le sujet, réponse particulièrement flagrante chez les gendarmes pour 16 % et 26 % d'entre eux respectivement. Battre l'enfant par amour a rendu certains répondants perplexes également (23 % chez les gendarmes et 20 % chez les psychologues) avec le plus fort taux global de sans-avis (14 %), et tout de même 5 % d'acceptation de cette justification (atteignant 8 % chez les enseignants). Les explications tournant autour de la violence de l'enfant justifiant qu'il soit battu recueillent aux alentours de 10 % de consentement global sans hésitation, avec environ 10 % aussi de sans-avis sur le sujet, culminant avec un total de 25 % sur le seul énoncé *l'enfant est violent*, justification jugée globalement la plus acceptable ou encore la moins inacceptable. On observe cependant d'importantes différences entre les groupes de professionnels selon les propositions d'explication.

Ainsi, les gendarmes sont ceux qui sont les plus nombreux à justifier la violence à l'enfant par le blâme de celui-ci, suivis des enseignants et

des psychologues en alternance. En revanche, les écoutants, les médecins et les travailleurs sociaux sont ceux qui jugent le plus inacceptable ce type de justification de la violence. Ici, le classement des groupes d'intervenants par ordre croissant d'acceptation des justifications est assez étonnamment reconduit d'une proposition à l'autre, contrairement aux échelles précédentes, ce qui peut suggérer une certaine cohérence de réponse au sein de chaque catégorie.

Dans le détail, on remarque que les propositions d'explication qui recueillent le plus de suffrages concernent des dispositions présumées de l'enfant jugé coléreux, désobéissant, particulièrement difficile et violent, donc en résumé l'enfant qui a provoqué la violence et qui mérite son sort. Ainsi, 23 % des gendarmes estiment que si un enfant est battu, c'est qu'il le mérite (plus 23 % de réponses indécises), parce qu'il est coléreux (23 %, et 16 % d'indécision), parce qu'il est désobéissant (28 %, et 14 % d'indécision), parce qu'il est particulièrement difficile (26 %, et 23 % d'indécision), qu'il l'a provoqué (14 %, et 26 % d'indécision) et enfin parce qu'il est violent (37 %, et 16 % d'indécision). Ces taux d'acceptation sont plus du double de ceux rencontrés dans la catégorie la plus proche en termes de rejet du blâme sur l'enfant, à savoir les enseignants, voire les psychologues dans certains cas. Il est plutôt étonnant dans ces conditions que seuls 2 % de ces mêmes gendarmes estiment que le parent n'a pas le choix, que 7 % estiment que l'enfant ne comprend pas autrement, la cohérence revenant lorsque 19 % d'entre eux jugent que le parent agit dans l'intérêt de l'enfant.

Il apparaît alors que la formulation même des propositions revêt ici une très grande importance et qu'elle interpelle chez le répondant quelque chose qui n'est pas de l'ordre de la logique et du raisonnement, car si l'enfant est si difficile, qu'il provoque et qu'il mérite les corrections qu'il reçoit, si le parent est jugé comme intervenant dans l'intérêt de l'enfant, alors le parent devrait aussi être perçu comme n'ayant pas le choix. À moins d'imaginer que le parent est perçu comme ayant personnellement le choix, mais que c'est l'enfant qui le force à agir avec violence, dans ce cas, c'est bien l'enfant qui est totalement responsable de la violence qu'il subit, et l'adulte est pris en otage. Cette dernière interprétation conduirait à une certaine cohérence par rapport à l'image négative de l'enfant soulignée dans le cadre de l'étude de l'échelle de tolérance de la violence. Elle conduirait aussi à comprendre le refus de la non-responsabilité du parent comme explication plausible pour les gendarmes, non pas en tant que refus de dégager la responsabilité de celui-ci, mais en tant qu'innocence du parent qui n'est à blâmer dans aucun cas.

En résumé, et en conclusion de cette présentation descriptive basique des résultats aux trois échelles de ce premier questionnaire concernant la tolérance de la violence de l'adulte envers l'enfant, la reconnaissance

de celle-ci et l'attribution de sa responsabilité, il semble que si certaines catégories de professionnels se distinguent par des types de réponses à certaines questions, il n'émerge pas de profil net opposant une catégorie à une autre. Ainsi, même les gendarmes qui apparaissent comme les plus nombreux à tolérer l'usage de la violence, comme les moins nombreux à juger certains comportements comme ouvertement violents (rejetant plutôt le blâme sur l'enfant, tout en jugeant inacceptable la non-responsabilité du parent), sont loin d'être unanimes sur ce profil.

Il se pourrait donc qu'il existe davantage de variations au sein de chaque catégorie qu'entre les catégories professionnelles dûment repérées ici. C'est ce que nous avons cherché à déterminer par des analyses plus approfondies, à l'aide de statistiques multidimensionnelles (analyse en composantes principales [ACP]), en portant une attention particulière à la répartition des sujets, triés par ailleurs à l'aide d'une autre technique dite des « nuées dynamiques ». De telles analyses devraient en particulier nous permettre de déterminer si ce sont les mêmes personnes qui figurent au sein de pourcentages comparables dans les réponses de chaque catégorie aux différentes questions, les pourcentages seuls étant totalement muets à ce sujet qui nous intéresse au premier chef.

## Analyses statistiques de la MJVE et des styles éducatifs

La MJVE (Fortin, 1995) a fait l'objet d'une présentation détaillée plus haut. Quant à l'échelle portant sur les styles éducatifs, elle sera présentée en détail dans le chapitre suivant. Cette lecture n'est pas indispensable pour comprendre les résultats présentés ci-dessous. Il suffit de savoir qu'elle isole trois styles éducatifs, autoritaire, laxiste et libéral, qui ont aussi été évoqués dans les chapitres introductifs.

### Résultats de l'ACP, nuage des variables

Pour les non-spécialistes de ce type d'analyse dont la présentation de départ est plutôt technique, il est possible de passer directement à l'interprétation du graphique de la **figure 10.1** en page 145, qui résume les résultats. La lecture des résultats sera encore plus facile lorsqu'on abordera la répartition spécifique des sujets, à savoir des personnes ayant répondu aux questionnaires, à l'aide des nuées dynamiques (**figure 10.2**).

Une première analyse en composantes principales (ACP standard), portant sur 44 variables actives (tous les items de la MJVE) et 309 sujets, a montré que le premier axe constituait un axe de taille avec toutes les variables d'un même côté, signalant l'opposition entre les notes fortes et les notes faibles aux items présentés (20,53 % de variance). On rappelle qu'à l'origine, les sujets répondaient sur une échelle de Likert

en sept points, réduite dans la présentation ci-dessus mais conservée dans les analyses statistiques. Le deuxième axe opposait les items de l'échelle de jugement sur la violence des comportements à ceux de l'échelle d'attribution (14,73 % de variance). L'axe 3, quant à lui, isolait la sous-échelle d'attribution de la non-responsabilité du parent du reste des items (7,92 % de variance). Cette configuration a conduit à placer en élément supplémentaire l'échelle d'attribution, afin de resserrer les résultats sur l'évaluation de la violence et sa tolérance (items 1 à 8 et 25 à 44) en éliminant l'interférence créée par l'indépendance de certains items de l'échelle d'attribution. La chute du pourcentage de variance expliquée par le troisième axe conduisait aussi à pressentir une structure plutôt bidimensionnelle des données.

L'ACP retenue ici a donc porté sur 309 sujets avec 28 items actifs et 16 supplémentaires, issus de la MJVE, auxquels ont été ajoutés les items de l'échelle de jugement sur les pratiques éducatives (présentée en détail dans le chapitre suivant), ce qui porte à 37 le nombre d'items supplémentaires. Une telle démarche revient à établir un fond de carte sur la base de la répartition des items et des sujets quant aux jugements sur la violence et sa tolérance, et à observer comment se disposent les opinions sur les pratiques éducatives et l'attribution de la violence sur ce fond.

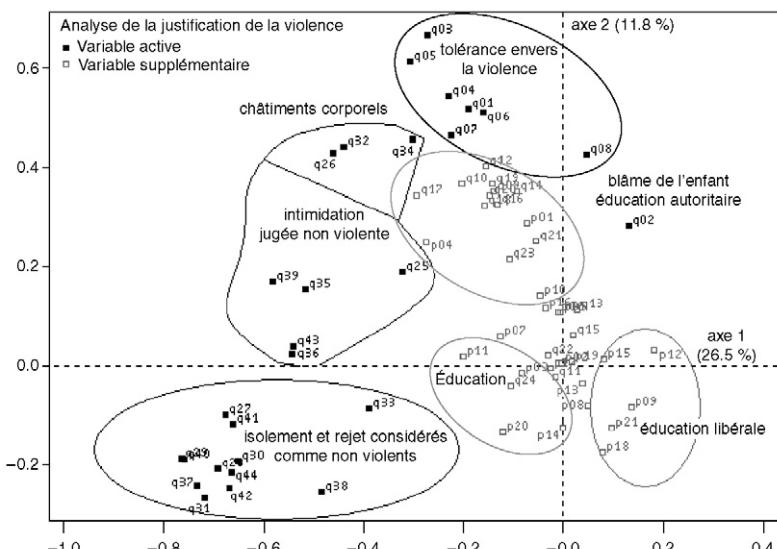


FIGURE 10.1. Analyse en composantes principales de la MJVE et des pratiques éducatives, espace des variables.

Dans cette analyse, le premier axe rend compte de 26,46 % de la variance totale et oppose une certaine minimisation et tolérance de la violence au refus de celle-ci. On peut presque parler d'un axe de taille comme dans la première analyse, si ce n'est que deux items (Q2 et Q8) sont placés à droite de l'axe, contrairement à tous les autres items actifs. L'axe 2 rend compte de 11,75 % de variance, et oppose la tolérance de la violence à son contraire, avec les items de tolérance (Q1, Q3 à Q8) auxquels s'associent un jugement de non-violence concernant le fait de gifler l'enfant (Q26), de lui donner une tape (Q32) ou une correction (Q34) [voir la figure 10.1, page 145].

Comme on le voit en figure 10.1, les éléments (en supplémentaire, voir description technique plus haut) correspondant aux items de l'échelle d'attribution des raisons de la violence à l'enfant, ou blâme de l'enfant, rejoignent les items de tolérance de la violence et de minimisation de la violence des gifles, tapes et corrections, autrement dit des châtiments corporels. Y sont aussi associés l'accord avec des pratiques éducatives de type autoritaire, telles que ne pas discuter les interdits parentaux (P1) et punir l'enfant en cas de difficultés scolaires (P4). [Rappel : la présentation détaillée de cette échelle portant sur les styles éducatifs est faite au chapitre suivant.]

L'interprétation conjointe de ces deux axes révèle une minimisation de la violence, qu'elle soit physique ou psychique, liée ou non à une tolérance de cette violence dont l'enfant est rendu responsable. On remarquera que la tolérance de la violence et le blâme de l'enfant sont davantage associés à une minimisation de la violence physique contenue dans les items d'intimidation, alors que la minimisation des autres formes de violence avec les items présents dans le quadrant inférieur gauche s'accompagne dans une moindre mesure de cette image négative de l'enfant, et a tendance à être plus proche d'items valorisant une éducation laxiste (P20, P14, P11). Enfin, les items se rapportant à la valorisation d'une éducation libérale ou démocratique se situent plutôt dans le quadrant inférieur gauche (P18, P21, P9), donc associés à une non-tolérance de la violence, à une absence de minimisation de ses manifestations, qu'elles soient physiques ou psychiques, et à l'absence de blâme de l'enfant.

La répartition des sujets cette fois sur ce plan 1-2 devrait permettre de vérifier la présence de profils spécifiques, approchés dans un premier temps par la technique statistique des nuées dynamiques et reportés ensuite dans le graphique des sujets (plan 1-2 de la même ACP, voir la figure 10.3, page 148).

## Nuées dynamiques

Cette technique consiste à établir des regroupements de sujets sur la base de la proximité de leurs réponses aux affirmations (items) concernées, regroupements variant selon le nombre de classes demandées,

seule contrainte fournie au logiciel de calcul. Lorsque l'on demande trois classes sur la base des 28 items retenus dans l'ACP ci-dessus, soit l'échelle de tolérance de la violence et l'échelle de jugement sur la violence des comportements, on obtient les profils que montre la figure 10.2. En abscisse (horizontal) figurent les différentes questions introduites dans l'analyse, pas toutes étiquetées faute de place, et en ordonnée (vertical) figurent les scores sur une échelle de 1 à 7, format d'origine de réponse à la MJVE, réduit à trois catégories lors de la présentation ci-dessus (exemple : d'accord, pas d'accord, ne se prononce pas) dans un souci de simplification et de clarté. En conséquence, sur la figure 10.2, le 4 (vertical) accentué par une ligne noire représente la non-réponse (ne se prononce pas), les chiffres supérieurs, donc ce qui est au-dessus de la ligne, les réponses d'accord, et ceux qui sont en dessous, les désaccords avec les énoncés proposés.

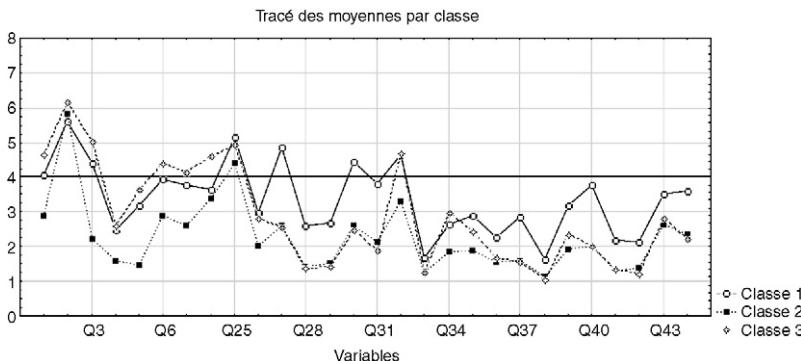


FIGURE 10.2. Nuées dynamiques sur la MJVE, moyennes par items selon les classes.

L'étude du graphique de la figure 10.2, en regard des questions qu'il représente, permet de découvrir que la classe 1 (en trait plein) rassemble des répondants qui se caractérisent par une certaine tolérance de la violence faite aux enfants (Q1 à Q8), une minimisation de celle-ci qu'ils ont des difficultés à reconnaître globalement en tant que telle (Q25 à Q44), en particulier en ce qui concerne l'isolement de l'enfant (Q27, Q30, Q31 et Q40). Cette classe compte 89 répondants, dont 15 travailleurs sociaux (17 % du total), 12 écoutants (13 %), 15 enseignants (17 %), 13 médecins (15 %), 26 gendarmes (29 %) et 8 psychologues (9 %).

La classe 3 (en pointillés courts) rassemble des répondants essentiellement caractérisés par une image négative de l'enfant, correspondant à des réponses positives à l'échelle de tolérance (Q1 à Q8). En revanche, contrairement à la classe précédente, on ne trouve guère chez eux de minimisation de la violence (Q25 à Q44). Cette classe compte 92 répondants, dont 17 travailleurs sociaux (18 % du total), 11 écoutants

(12 %), 29 enseignants (32 %), 10 médecins (11 %), 14 gendarmes (15 %) et 11 psychologues (12 %).

La classe 2 enfin (en pointillés longs) rassemble le reste des répondants, soit 128 personnes. Elle est caractérisée par un profil global de non-tolérance de la violence faite à l'enfant et de non-minimisation de celle-ci. Elle compte 32 travailleurs sociaux (26 % du total), 23 écoutants (18 %), 21 enseignants (16 %), 27 médecins (21 %), 3 gendarmes (2 %) et 22 psychologues (17 %).

## Report des classes dans le nuage des individus de l'analyse en composantes principales

Le graphique de la figure 10.3, quant à lui, résume ces différents résultats dans l'espace des individus du plan 1-2 de l'ACP, avec illustration du rassemblement des répondants en trois catégories, telles que décrites ci-dessus. Lorsque l'on rapporte les catégories ainsi isolées aux variables supplémentaires présentes sur le graphique des variables de la même analyse (figure 10.1), on peut en tirer quelques conclusions supplémentaires quant au profil de justification de la violence de certaines catégories et à leurs jugements sur les pratiques éducatives.

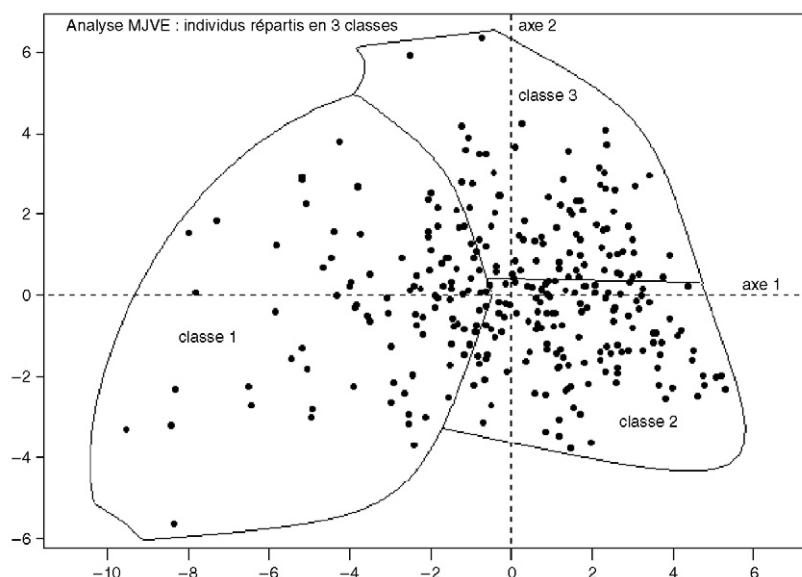


FIGURE 10.3. Répartition des sujets en 3 classes dans l'espace des individus de l'ACP sur la MJVE et les pratiques éducatives.

Ainsi, les sujets situés sur la partie supérieure de l'axe 2, à savoir la classe 3 et une partie de la classe 1, attribuent la violence à l'enfant (Q9, Q10, Q12, Q14, Q16, Q17, Q18, Q19, Q20, et dans une moindre mesure Q31 et Q23) ; ils sont en accord avec les pratiques éducatives de type autoritaire (P1, P4, P7, P10, P16). Les sujets de la classe 2, en bas à droite de l'axe 2, auraient tendance à privilégier les pratiques éducatives de type libéral, alors que les sujets d'une partie de la classe 1, ceux situés en bas de l'axe 2, seraient davantage en accord avec des pratiques laxistes (P11, P20, P14). Ces sujets situés en bas de l'axe 2 n'ont pas tendance à blâmer l'enfant en cas de violence subie. Le rassemblement des items de non-responsabilité de l'enfant au centre du graphique ne permet pas de tirer de conclusions pertinentes en la matière. Comme nous l'avons fait remarquer précédemment, ces cinq items constituaient un axe à eux seuls lorsqu'ils étaient en variables actives dans une précédente ACP. Cela signifie qu'ils rassemblent les sujets d'une manière indépendante du plan analysé ci-dessus, et que ces items ne sont pas en corrélation avec ceux présentés ici.

En conclusion de cette partie des analyses, les résultats montrent que les rassemblements de sujets d'un même profil se font non pas tant autour de leur activité professionnelle que de caractéristiques semblant davantage leur appartenir individuellement et qui les rapprochent entre eux, quel que soit leur groupe d'origine. Ils tendent à montrer aussi que plus de la moitié de ces intervenants ont une représentation de la violence faite à l'enfant qui pourrait sans doute bénéficier d'une formation, afin de les sensibiliser davantage au phénomène de tolérance et de minimisation de la violence.



## CHAPITRE 11

# Représentation de l'enfant et des pratiques éducatives

Yvane Wiart

La formation initiale des intervenants combinée à leur histoire et à leur identité professionnelle influence les représentations qu'ils ont des pratiques éducatives les plus adéquates pour encadrer un enfant, mais aussi les comportements parentaux qu'ils privilégient et les traits de caractère qu'ils valorisent chez les jeunes.

## Les pratiques éducatives privilégiées

Les pratiques éducatives sur lesquelles les intervenants devaient se prononcer leur étaient présentées sous la forme de 21 énoncés divisés en trois thèmes : pratiques éducatives autoritaires, laxistes et libérales. On leur demandait ce qu'ils pensaient de telles pratiques éducatives concernant un enfant entre 8 et 10 ans. Ils se positionnaient selon des marques de désaccord d'un côté (*tout à fait en désaccord, plutôt en désaccord, un peu en désaccord*) et d'accord de l'autre (*un peu en désaccord, plutôt en accord, tout à fait en accord*), regroupées dans les commentaires ci-dessous en deux catégories, *d'accord/pas d'accord*.

### Pratiques éducatives de type autoritaire

Selon le même principe que précédemment, les énoncés sont présentés dans l'ordre croissant d'accord qu'ils suscitent.

P7. *Un enfant doit se lever tous les jours à la même heure, même durant les vacances.*

P13. *C'est aux parents de décider des activités de loisir de l'enfant.*

- P4. *Un enfant qui a de mauvais résultats scolaires mérite d'être puni par ses parents.*
- P10. *C'est aux parents de choisir les vêtements de l'enfant.*
- P19. *Un enfant ne doit pas regarder la télévision en l'absence de ses parents.*
- P1. *À la maison, ce qui est interdit par les parents ne doit pas être discuté par l'enfant.*
- P16. *Un enfant n'a pas à intervenir dans les discussions de ses parents.*

Globalement, 1 professionnel sur 3 est en accord avec les pratiques éducatives autoritaires, qui contrôlent systématiquement les activités de l'enfant sur un mode le plus souvent coercitif (menaces et punitions) et avec des manifestations d'affection limitées. Les parents donnent ici peu d'explications et de justifications à ce qu'ils font et à ce qu'ils imposent à l'enfant ; les droits de celui-ci ne sont pas reconnus et encore moins respectés.

Au sein de ces pratiques telles qu'évaluées par le questionnaire, celles qui suscitent le plus grand nombre de manifestations de désaccord de la part des professionnels concernent le fait pour l'enfant de devoir se coucher systématiquement à la même heure, même en l'absence de contraintes extérieures comme pendant les vacances, et le fait d'imposer à l'enfant ses activités de loisir. *A contrario*, les pratiques éducatives autoritaires suscitant l'accord des deux tiers des répondants concernent le fait que les interdictions ne doivent pas être discutées par l'enfant, et que celui-ci ne doit pas intervenir dans les discussions de ses parents. Les résultats sont plutôt partagés concernant l'autorisation de regarder la télévision en l'absence des parents, même si une majorité de désaccord se dégage sur cet énoncé (57 %/43 %). Enfin, plus d'un quart des intervenants estiment qu'un enfant qui a de mauvais résultats à l'école mérite d'être puni par ses parents, et plus d'un tiers que le choix des vêtements de l'enfant revient aux parents.

En ce qui concerne les catégories d'intervenants, contrairement à ce que les résultats précédents auraient pu laisser attendre, les gendarmes ne prônent pas systématiquement des pratiques éducatives autoritaires. Ils se distinguent quant aux punitions nécessaires en cas de mauvais résultats scolaires, près de deux tiers d'entre eux s'estimant en accord avec cette pratique, alors que celle-ci recueille un quart d'accord, voire moins dans les autres groupes de professionnels. Ils sont aussi les plus nombreux à être en accord avec l'idée que les interdictions ne doivent pas être discutées par l'enfant (84 %). En revanche, ils sont les moins nombreux à estimer que l'enfant n'a pas à intervenir dans les discussions de ses parents (63 %), et sont les plus nombreux ou peu s'en faut en désaccord globalement avec les autres pratiques autoritaires.

Les enseignants, les travailleurs sociaux et les médecins sont par ailleurs ceux qui sont les plus nombreux à être en accord avec une grande majorité de pratiques éducatives autoritaires. Les médecins se distinguent par le fait d'être plus de la moitié (60 %) en accord avec l'interdiction de regarder la télévision en l'absence des parents, contrairement aux autres catégories d'intervenants.

## Pratiques éducatives de type laxiste

Énoncés classés selon le degré d'accord obtenu, du plus faible au plus fort.

- P11. *Un enfant doit pouvoir regarder toutes les émissions de télé qu'il souhaite.*
- P17. *L'enfant doit avoir la liberté de manger à tout moment ce qu'il veut.*
- P8. *Les parents n'ont pas besoin de savoir ce que les enfants font à l'école.*
- P14. *Un enfant n'a pas à rendre de comptes à ses parents.*
- P20. *Un enfant sait toujours ce qui est bien pour lui.*
- P2. *Un enfant doit pouvoir sortir de table à tout moment avant la fin du repas.*
- P5. *L'enfant doit pouvoir passer autant de temps qu'il le souhaite à jouer à ses jeux.*

Les pratiques éducatives laxistes laissent à l'enfant une liberté d'attitude et de choix pleine et entière. Les parents ne fixent pas de limites, ne signifient pas d'exigences et n'imposent aucun cadre, pas plus d'ailleurs qu'ils ne manifestent d'affection. La plupart des professionnels sont en désaccord avec ces pratiques éducatives peu protectrices et insécurisantes pour l'enfant, signes d'une forme de rejet de celui-ci et de la démission des parents dans leur rôle éducatif.

Ce qui surprend alors au niveau des résultats au questionnaire concernant ces pratiques, c'est que malgré une écrasante majorité d'intervenants qui sont en désaccord avec elles (entre 83 et 100 % en moyenne), il puisse y avoir des personnes qui expriment leur accord.

Ainsi, entre 2 et 4 % des intervenants estiment que l'enfant doit avoir la liberté de manger à tout moment ce qu'il veut. Il est étonnant qu'il se soit trouvé un médecin un peu en accord avec cette pratique dont on sait qu'elle est à l'origine de l'obésité. Entre 2 et 10 % des intervenants estiment que les parents n'ont pas besoin de savoir ce que les enfants font à l'école, les médecins s'illustrant avec 10 % d'accord avec cette pratique éducative, pour le moins signe de désintérêt de ce que vit l'enfant. Les médecins et les écouteurs sont 7 et 8 % à penser qu'un enfant n'a pas de comptes à rendre à ses parents, sachant que

dans toutes les catégories, il se trouve au moins une personne pour être d'accord avec cet énoncé.

Par ailleurs, 6 % des intervenants pensent qu'un enfant sait toujours ce qui est bien pour lui, ce chiffre montant jusqu'à 9 % et 12 % en ce qui concerne les écoutants et les gendarmes respectivement, suivis par les psychologues (7 %). On rappelle que le questionnaire visait des pratiques éducatives vis-à-vis d'enfants entre 8 et 10 ans.

Les items concernant la liberté de sortir de table à tout moment avant la fin du repas et le temps passé à jouer recueillent encore davantage d'assentiment, 12 % en moyenne pour le premier, 17 % pour le second. Les médecins sont près d'un quart à autoriser une sortie de table avant la fin du repas (22 %), suivis des psychologues (15 %), tandis qu'un quart des enseignants et 21 % des gendarmes sont d'accord pour n'exercer aucun contrôle sur le temps de jeu de l'enfant. Donc, 17 % des intervenants semblent valoriser la notion d'enfant roi, dont la liberté de jouer ne doit pas être entravée par une quelconque contrainte.

## Pratiques éducatives de type libéral

Les énoncés sont à nouveau classés par ordre croissant d'accord recueilli.

- P15. *Il faut encourager la prise de responsabilités de l'enfant dans les tâches ménagères.*
- P9. *Le dialogue, plus que la punition, permet de résoudre les difficultés rencontrées par l'enfant.*
- P3. *Les parents doivent pouvoir laisser l'enfant choisir ses activités de loisir.*
- P12. *L'achat des fournitures scolaires doit pouvoir faire l'objet d'une concertation entre l'enfant et ses parents.*
- P18. *Les parents ne doivent pas prendre de décisions concernant l'enfant sans en parler d'abord avec lui.*
- P21. *L'enfant doit pouvoir disposer librement de l'argent de poche que ses parents lui donnent.*
- P6. *Il faut parfois savoir laisser la maison à l'enfant pour une petite fête entre copains.*

Les pratiques libérales combinent au mieux la supervision de ce que fait l'enfant et un attachement marqué. Les parents exercent un contrôle sur ses activités tout en établissant un dialogue et une concertation régulière avec lui. Les exigences sont fortes, mais une attention importante est portée à l'enfant, ce qui conduit à une souplesse d'ensemble.

La majorité des intervenants sont en accord avec de telles pratiques, en particulier les médecins, les psychologues et les travailleurs sociaux, encourageant la prise de responsabilité de l'enfant et préférant le

dialogue au recours à la punition en cas de difficultés. Les écoutants se présentent comme les moins libéraux.

Une écrasante majorité des intervenants (entre 95 et 97 % en moyenne) sont en accord avec le fait d'encourager la prise de responsabilité de l'enfant dans les tâches ménagères, d'encourager le dialogue plutôt que le recours à la punition en cas de difficultés, et avec le choix laissé à l'enfant de ses activités de loisir. Là encore, la surprise viendrait plutôt du pourcentage de ceux qui sont en désaccord avec ces énoncés, même s'ils sont peu nombreux. Les taux de désaccord augmentent sensiblement en ce qui concerne la concertation sur l'achat des fournitures scolaires, sur les décisions concernant l'enfant et sur l'argent de poche, atteignant de 21 à 39 %. Sur ces questions, gendarmes et écoutants sont parmi les plus nombreux à être en désaccord avec les pratiques libérales visant à instaurer un certain dialogue et une concertation avec l'enfant sur ce qui le concerne directement, voire une certaine liberté et une responsabilisation en ce qui touche à l'usage de son argent. Les travailleurs sociaux, *a contrario*, constituent la catégorie la plus en accord globalement avec ce type de pratiques éducatives (70 % et plus selon les énoncés).

L'énoncé concernant le fait de laisser la maison à l'enfant pour une petite fête entre copains a reçu les réponses les plus partagées. Plus de la moitié des médecins (58 %) et plus des deux tiers des gendarmes (70 %) sont d'accord avec cette idée, alors que deux tiers des psychologues et des travailleurs sociaux sont contre. On peut s'interroger sur la correspondance de cet énoncé avec une éducation libérale, plutôt que laxiste. Il sous-entend en effet que l'enfant soit laissé seul à la maison, en compagnie de camarades de son âge (8 à 10 ans), hors la présence d'adultes, ce qui pourrait s'avérer assez peu protecteur, pour de simples raisons de sécurité. Cette ambiguïté pourrait rendre compte du statut, semble-t-il particulier, de cet énoncé par rapport aux autres de cette sous-échelle.

## Les comportements parentaux valorisés

Trois séries de cinq comportements parentaux ont été présentées aux répondants qui devaient les classer du plus important au moins important selon eux, au sein de chaque série. Chacune d'entre elles comportait une référence à la socialisation (SOC), à la communication (COM), au développement (DEV), à l'aspect cognitif (COG) ou affectif (AFF). On rappelle que pour permettre la bientraitance de l'enfant, l'éducation parentale doit prioritairement répondre à cinq types de besoins :

- besoins d'affection, dont la satisfaction permet à l'enfant d'éprouver un sentiment de sécurité car ses besoins d'attachement sont satisfaits ;

- besoins cognitifs qui concernent les conditions de l'accomplissement de l'individu, tels que les besoins de stimulation, d'expérimentation et de renforcement ;
- besoins de communication, permettant d'apprendre à interagir avec autrui dans un climat de bienveillante attention ;
- besoins sociaux, s'inscrivant dans le cadre d'échanges interactifs et harmonieux avec les parents et les autres personnes ;
- besoins liés au développement de l'enfant, pour qu'il parvienne à se projeter dans l'avenir et à accéder à son autonomie d'adulte.

## Résultats de base

Selon le même principe que précédemment, les énoncés sont énumérés ci-dessous dans l'ordre, mais cette fois, de celui qui a été jugé le plus important à celui qui a été jugé le moins important, au sein de chacune des trois séries.

- 2b. *Être à son écoute. (COM)*
- 2e. *Être affectueux avec lui. (AFF)*
- 2d. *L'aider à prendre de bonnes décisions. (COG)*
- 2a. *L'inciter à aller vers les autres. (SOC)*
- 2c. *Avoir des aspirations pour lui. (DEV)*
- 3c. *Essayer de le rendre heureux. (AFF)*
- 3e. *L'inviter à s'exprimer. (COM)*
- 3d. *Lui apprendre à respecter autrui. (SOC)*
- 3b. *Chercher à le rendre indépendant. (COG)*
- 3a. *Laider à réaliser ses projets. (DEV)*
- 4a. *Lui apporter un climat de sécurité. (AFF)*
- 4c. *L'aider à grandir. (DEV)*
- 4d. *Se donner l'occasion de parler ensemble. (COM)*
- 4b. *Développer ses centres d'intérêt. (COG)*
- 4e. *L'inciter à tenir compte des autres. (SOC)*

Globalement, au sein de ces trois séries, ce sont les comportements parentaux favorisant l'affection et la communication qui sont privilégiés par l'ensemble des répondants. Ainsi, 60 % des répondants en moyenne accordent le plus d'importance à être à l'écoute de l'enfant. Ensuite, 50 % d'entre eux priviléguent le fait d'essayer de le rendre heureux et de lui apporter un climat de sécurité et en deuxième choix, près de 50 % encore trouvent important d'être affectueux avec lui. Lorsque l'on associe premier et deuxième choix, 93 % des répondants privilégiént l'écoute et 79 % le fait d'être affectueux, 72 % l'apport de sécurité et 66 % le bonheur.

Tous ces résultats peuvent être résumés et précisés grâce à un traitement statistique du même type que précédemment, qui permet de repérer, comme on l'a vu plus haut, à la fois les regroupements d'énoncés et les regroupements de répondants.

## Analyse multidimensionnelle (analyse en composantes principales)

Lorsque l'on se livre, sur les résultats à cette échelle, à une analyse statistique du même type que celle utilisée précédemment (analyse en composantes principales [ACP] standard), on s'aperçoit que l'axe 1 (14 % de variance expliquée) oppose principalement des comportements valorisant la socialisation et la communication à des comportements valorisant le développement, l'affection et la cognition. L'axe 2 (13 % de variance), quant à lui, oppose les comportements valorisant l'affection à un ensemble d'autres items valorisant la cognition, le développement, la socialisation et la communication.

Lorsque l'on projette sur le graphique des individus les trois catégories de sujets précédemment obtenues par analyse de la Mesure de la justification de la violence envers l'enfant (MJVE) [voir le chapitre précédent], on observe que ce sont les répondants de la classe 2, c'est-à-dire ceux qui ne minimisent ni ne tolèrent la violence, qui sont les plus nombreux à privilégier les comportements d'affection envers l'enfant, à savoir le fait d'être affectueux avec lui, de lui apporter la sécurité et de chercher à le rendre heureux.

Les répondants de la classe 3, à savoir ceux qui ont une image plutôt négative de l'enfant, avec une certaine tolérance de la violence, sans pour autant la minimiser par ailleurs, privilégient davantage les comportements de socialisation et de communication, tels qu'inviter l'enfant à aller vers les autres, à s'exprimer et à tenir compte des autres. Une partie des sujets de cette classe valorisent en outre l'affection, alors que les autres préfèrent insister sur le dialogue, l'écoute de l'enfant et le respect d'autrui.

Quant aux répondants appartenant à la classe 1, c'est-à-dire ceux qui ont tendance à tolérer la violence faite à l'enfant et à la minimiser, ils sont davantage attachés au développement de l'enfant et à l'aspect cognitif. Ils privilégient le fait d'avoir des aspirations pour lui, de l'aider à grandir, à devenir indépendant, à réaliser ses projets, à développer ses centres d'intérêt et à prendre de bonnes décisions. Bien qu'une partie des sujets de cette classe favorisent aussi l'aspect affectif, ils accordent une moindre importance dans leur ensemble au fait d'être à l'écoute, de parler ensemble, de tenir compte des autres et de respecter autrui.

Lorsque l'on s'intéresse à la répartition des répondants par catégories professionnelles, on observe que les travailleurs sociaux, les écoutants et les psychologues ont globalement tendance à privilégier l'affection dans les comportements éducatifs, ainsi que le lien à autrui. Les enseignants et les médecins sont plus diversement répartis : seule une partie d'entre eux valorisent principalement les aspects

cognitifs, développementaux et de socialisation. Les gendarmes enfin sont nettement moins nombreux à privilégier l'aspect purement affectif tel qu'il est défini ici, au profit du respect d'autrui et de la valorisation des intérêts et des projets de l'enfant, en étant à son écoute.

## Quels traits de caractère valoriser chez l'enfant ?

Les professionnels se sont vu, cette fois, présenter une liste de 24 adjectifs de traits de caractère correspondant à trois catégories liées à l'adaptation, l'expression et la sociabilité. Ils ont choisi six de ces adjectifs qu'ils ont classés selon le degré d'importance accordé à ce trait de caractère chez un enfant.

### Résultats de base

Le tableau 11.1 présente les adjectifs les plus souvent retenus par chaque catégorie d'intervenants. À chaque adjectif correspond la lettre symbolisant la catégorie à laquelle il appartient : A - adaptation ; E - expression ; S - sociabilité.

Le tableau 11.1 fait apparaître une certaine unanimité pour les choix de *équilibré* et *gai* comme caractéristiques les plus importantes chez un enfant. Globalement, les intervenants ont tendance à privilégier les adjectifs relevant de la catégorie *Sociabilité*, par rapport aux catégories *Adaptation* et *Expression*. Tous les professionnels choisissent *Équilibré* comme trait de caractère primordial pour eux, sauf les psychologues qui lui préfèrent *Imaginatif*. Les travailleurs sociaux, les écoutants, les enseignants et les médecins montrent par ailleurs des

TABLEAU 11.1. Adjectifs (traits de caractère) retenus en priorité selon les catégories de professionnels

Travailleurs sociaux	Équilibré S	Gai S	Imaginatif E	Confiant S	Respectueux A	Autonome E
Écoutants	Équilibré S	Gai S	Imaginatif E	Confiant S	Autonome E	Respectueux A
Enseignants	Équilibré S	Gai S	Confiant S	Respectueux A	Autonome E	Responsable A
Médecins	Équilibré S	Gai S	Responsable A	Respectueux A	Confiant S	Imaginatif E
Gendarmes	Équilibré S	Honnête A	Respectueux A	Gai S	Gentil S	Intelligent E
Psychologues	Imaginatif E	Équilibré S	Gai S	Confiant S	Sûr de soi E	Actif E

profils de choix très proches privilégiant la confiance, le respect et l'imagination, même si *imaginatif* intervient en dernier chez les médecins qui lui préfèrent *responsable*, et s'y substitue chez les enseignants. Les médecins partagent avec les gendarmes et les psychologues une relative absence d'intérêt pour l'autonomie, retenue cependant par les autres intervenants.

On remarque encore que les gendarmes et les psychologues se démarquent des autres par une certaine originalité dans leurs choix, ils sont les seuls à sélectionner *honnête*, *gentil*, *intelligent* pour les uns, et *sûr de soi* et *actif* pour les autres. Leurs résultats sont par ailleurs beaucoup plus épargnés que chez les autres professionnels, ce dont on peut avoir un aperçu avec les pourcentages qui se sont reportés sur *équilibré* en premier et deuxième choix. Ainsi, 66 % des enseignants, 61 % des travailleurs sociaux, 51 % des écoutants, 50 % des médecins privilégient cet adjectif, contre 42 % des gendarmes et seulement 31 % des psychologues. Or le choix de ces derniers ne se porte pas plus massivement sur *imaginatif*, mais se dilue sur les autres adjectifs. Il peut aussi paraître étonnant que les psychologues ne privilégient pas davantage l'autonomie, mais lui préfèrent l'activité et le fait d'être sûr de soi. En revanche, qu'un enfant soit grandement apprécié pour son honnêteté et son sens du respect d'autrui chez les gendarmes n'a rien pour surprendre.

Les six choix effectués en priorité par un maximum de participants dans chacune des catégories d'intervenants permettent de mettre en évidence des profils assez communs, sauf pour les gendarmes et les psychologues. Mais cette approche ne tient pas compte de la répartition des choix qui se sont portés sur d'autres adjectifs plus minoritaires et sans doute aussi porteurs d'information. C'est ce qu'une analyse multidimensionnelle de type analyse des correspondances multiples (ACM) permet de mettre en évidence, non pas tant ce qui rassemble, mais ce qui différencie. Elle permet aussi de repérer la position des trois classes de répondants isolées lors de l'analyse du questionnaire sur la justification de la violence.

## Analyse multidimensionnelle (analyse des correspondances multiples)

Les données de ce questionnaire ont ainsi été traitées statistiquement par une ACM, qui fonctionne sur le même type de principe que l'ACP rencontrée précédemment, mais sur des données non numériques à la base. Chaque adjectif a été considéré comme une variable à deux modalités (choisi, non choisi). De cette analyse, on a retenu les deux premiers axes (taux modifiés : axe 1 = 58,2 % et axe 2 = 20,6 %) qui représentent une importance de 78,8 % à eux seuls.

Ces deux premiers axes permettent d'isoler quatre groupes d'adjectifs. Un premier groupe rassemble ceux qui sont caractéristiques de la dimension affective comme *affectueux*, *gai*, *bon*, *sensible*, auxquels se trouve associé *actif*. Le deuxième groupe est constitué d'adjectifs ayant plutôt trait à l'expression comme *imaginatif*, *expansif*, *intelligent*, *sûr de soi* ou *autonome*, rejoints par *confiant* et *équilibré*. Le troisième groupe rassemble des caractéristiques plus morales comme *sage*, *soigneux*, *calme*, *agréable*, *gentil*, *respectueux* et *honnête*. Le quatrième groupe enfin associe *responsable*, *travailleur*, *discipliné* et *raisonnable*.

Lorsque l'on s'intéresse à la répartition des sujets par classes (toujours selon le même principe que précédemment), on observe que les répondants de la classe 2, c'est-à-dire ceux qui ne minimisent ni ne tolèrent la violence, sont les plus nombreux à privilégier les adjectifs de sociabilité et d'expression, à savoir ceux des deux premiers groupes ci-dessus, à l'exception de *calme*, *agréable*, *gentil* et *travailleur*, qui sont associés à d'autres groupes comme on vient de le voir. Les sujets de la classe 3, à savoir ceux qui ont une image plutôt négative de l'enfant, avec une certaine tolérance de la violence, sans pour autant la minimiser par ailleurs, ainsi que ceux de la classe 1 qui ont, eux, tendance à tolérer la violence faite à l'enfant et à la minimiser, ont tendance à ne privilégier aucune catégorie particulière.

On peut néanmoins observer qu'ils comptent dans leurs rangs les sujets qui préfèrent nettement les caractéristiques d'adaptation, auxquelles s'ajoutent cette fois *calme*, *agréable*, *gentil* et *travailleur*. Pour nombre d'entre eux, l'enfant doit donc avant tout être *sage*, *soigneux*, *gentil*, *agréable*, *calme*, *respectueux*, *honnête*, *discipliné*, *raisonnable*, *travailleur* et *responsable* aux dépends de caractéristiques affectives ou d'expression de soi.

Lorsque l'on étudie la répartition des répondants par catégories d'activité, cette fois, on observe que les travailleurs sociaux, les écoutants et les psychologues sont assez nettement regroupés, privilégiant chez l'enfant les traits de caractère de sociabilité et d'expression. Les enseignants et les médecins sont plus diversement répartis, avec une tendance chez certains enseignants à privilégier l'aspect adaptation avec le côté raisonnable, travailleur, responsable et intelligent, tandis que parmi les médecins, certains valorisent davantage l'aspect bon, affectueux, calme. Les gendarmes, quant à eux, sont les plus nombreux à montrer une prédilection pour les caractéristiques d'adaptation, l'enfant sage, honnête et discipliné.

## **En guise de conclusion des questionnaires**

Contrairement à ce à quoi on pouvait s'attendre, les résultats de l'analyse des questionnaires ne font pas émerger de profils typiques de chacune

des catégories de professionnels, associant de manière nette une certaine conception de la violence, un mode éducatif privilégié et une image de l'enfant spécifique. Néanmoins, il est possible de dresser un certain nombre de portraits qui permettent de préconiser des interventions de sensibilisation.

### Trois profils types

S'il n'y a pas de profil spécifique à chacune des professions, on relève trois regroupements typiques avec des caractéristiques personnelles marquées, et une certaine répartition des catégories d'intervenants, comme le montre le tableau 11.2.

TABLEAU 11.2. Répartition des catégories de professionnels dans chaque classe

<i>n=309</i>	Travailleurs sociaux	Écoutants	Enseignants	Médecins	Gendarmes	Psychologues
C1 (89)	23 % (15)	26 % (12)	23 % (15)	26 % (13)	60 % (26)	20 % (8)
C3 (92)	27 % (17)	24 % (11)	45 % (29)	20 % (10)	33 % (14)	27 % (11)
C2 (128)	50 % (32)	50 % (23)	32 % (21)	54 % (27)	7 % (3)	53 % (22)

On remarque tout d'abord que près de la moitié de chaque catégorie de professionnels se rassemble dans les classes 1 et 3, c'est-à-dire comme tolérant peu ou prou la violence faite à l'enfant et y trouvant des justifications. Ce ratio est nettement supérieur chez les enseignants et les gendarmes (68 % et 93 %), qui se distinguent en cela des quatre autres groupes d'intervenants auprès de l'enfance en danger.

Le premier profil que l'on peut isoler (C1), *cf.* graphique 10.3 p. 148, correspondant à environ 30 % de l'échantillon, regroupe plus de la moitié des gendarmes, les autres professions se répartissant à peu près également. Il se caractérise globalement par une certaine tolérance de la violence faite aux enfants et par sa minimisation, avec des jugements peu tranchés quant à la violence reconnue de certaines manifestations, en particulier de violence psychique. Ce profil se subdivise en deux styles de répondants, d'effectifs à peu près égaux. D'un côté, il y a ceux qui prônent une éducation de type autoritaire, justifiant les châtiments corporels et les mesures d'intimidation, attribuant à l'enfant la responsabilité des violences qu'il subit. D'un autre côté, on trouve ceux qu'une éducation laxiste ne dérange pas, qui ne considèrent pas l'isolement et les marques de rejet de l'enfant comme une violence à son encontre, refusant

cependant de le blâmer pour ce qu'il subit. Globalement, on assiste là à un manque de conscience des besoins de protection et de respect de l'enfant. Les comportements parentaux valorisés sont davantage axés sur son développement (aider l'enfant à grandir, à réaliser ses projets), et sur l'aspect cognitif (le rendre indépendant, capable de prendre de bonnes décisions). Ces répondants sont moins nombreux à valoriser l'aspect affectif, et semblent accorder peu d'intérêt aux aspects de communication et de socialisation. Ils sont nombreux à privilégier chez l'enfant des traits de caractère correspondant à son adaptation, plutôt qu'à sa sociabilité et surtout son expression.

Un deuxième profil (C3) agrège également 30 % de professionnels, on y rencontre près de la moitié des enseignants et un tiers des gendarmes, et aux environs d'un quart des autres intervenants. Ils ont une image plutôt négative de l'enfant, tolérant la violence sans pour autant la minimiser, violence perpétrée pour le bien de l'enfant, qui sans cela n'aurait pas de limites. L'enfant doit ainsi être corrigé dans ses défauts, y compris par un recours aux châtiments corporels si nécessaire, c'est donc sa faute s'il est battu. Ils privilégient les pratiques éducatives autoritaires, tout en encourageant par ailleurs des comportements affectueux de la part des parents, et en mettant l'accent sur l'importance de la socialisation et de la communication. Ils apprécient chez l'enfant ses qualités d'adaptation, mais aussi de sociabilité, son intelligence, et son potentiel d'expression et de créativité.

Le dernier profil (C2) rassemble 40 % des intervenants, et regroupe environ la moitié de chaque catégorie professionnelle, sauf pour les enseignants, et les gendarmes qui y sont particulièrement peu nombreux. Ces intervenants ont une image positive de l'enfant, et n'acceptent pas qu'il lui soit porté atteinte, tant sur le plan physique que psychique. Donc, ils ne tolèrent ni ne minimisent la violence faite à l'enfant, et ne lui trouvent aucune excuse. Ils prônent une éducation de type libéral basée sur l'écoute et la concertation plutôt que sur la contrainte et la punition. Le choix de comportements parentaux centrés sur l'affection y est marqué, ainsi que l'importance d'inciter l'enfant à aller vers les autres et à communiquer avec eux. Les traits de caractère valorisés chez l'enfant concernent essentiellement sa sociabilité et son expression. Ce dernier profil est assez cohérent quant aux attentes envers l'enfant et aux moyens éducatifs pour y parvenir, dans le respect de ses besoins développementaux, affectifs et relationnels.

La caractérisation des répondants en trois classes montre donc qu'il est jusqu'à un certain point possible d'isoler des profils différents d'association de la justification de la violence, en termes de tolérance, de minimisation ou d'attribution de celle-ci, et de valorisation de certains styles éducatifs, comportements parentaux ou traits de caractère privilégiés chez l'enfant. Alors que ces profils ne sont guère caractéristiques

d'une catégorie particulière d'intervenants, l'analyse quantitative fait en réalité surtout apparaître le manque d'image claire et cohérente d'association nette de ces différentes variables entre elles. Ceci semble illustrer une certaine confusion dans l'esprit des professionnels en ce qui concerne les besoins de l'enfant et les moyens éducatifs permettant de les satisfaire au mieux, confusion encore soulignée par l'importance de l'indécision ou de la demi-teinte dans les réponses au questionnaire. Une telle indécision contraste avec l'image assez affirmée émanant globalement des entretiens, en ce qui concerne les définitions de la maltraitance et de la bientraitance, comme on l'a vu précédemment.

## De l'indécision à la tolérance envers les violences psychologiques

Il faut en effet relever le taux important de réponses indécises, par lesquelles les professionnels ne se prononcent pas, soit qu'ils n'aient pas la réponse, soit, plus vraisemblablement, qu'ils évitent de la communiquer. Ainsi, 1 médecin ou 1 assistante sociale sur 3 ne s'exprime pas quant au fait que les enfants ne respectent plus leurs parents, 30 % des assistants sociaux et des psychologues ne se prononcent pas sur l'absence de limites des enfants, et pas loin d'un quart des assistants sociaux, médecins, écoutants et enseignants, voire 30 % des gendarmes, restent indécis à propos du fait que les enfants mentiraient facilement. Cette indécision est à rapprocher de la gêne exprimée par quelques médecins lors des entretiens à propos de questions qu'ils qualifient d'« ambiguës », en particulier lorsqu'elles portent sur les explications possibles des comportements maltraitants, et où ils déclarent que « [si] rien ne peut justifier la violence », « la prise de conscience des causes possibles [n'apporte pas de solution] ».

Cette indécision semble souvent en relation avec la nature des violences évoquées, concernant particulièrement les violences psychologiques ou les caractéristiques et responsabilités prêtées à l'enfant, mais aussi les violences physiques. C'est ainsi que donner à l'enfant des ordres en criant entraîne 24 % de réponses indécises, et qu'entre 15 et 25 % des professionnels ne se prononcent pas quant aux situations visant à l'isoler et à limiter ses contacts avec l'extérieur. De 15 à 20 % des professionnels (30 % des gendarmes) semblent incapables de statuer sur la violence de minimiser les succès scolaires de l'enfant, ou encore 1 intervenant sur 20 est indécis quant au fait de critiquer l'enfant pour tout ce qu'il fait, de rire de son apparence physique, ou de lui donner un surnom négatif.

De tels résultats sont étonnantes car, même s'ils s'avèrent minoritaires, ils émanent de professionnels dont la tâche devrait être de protéger l'enfant. N'y a-t-il pas là manifestation d'un manque chez certains de

reconnaissance de la violence psychique, dont on sait qu'elle est moins connue et reconnue parce qu'elle ne laisse pas de traces visibles ? Sa dangerosité n'en est pas moindre, car elle touche à la dévalorisation de l'enfant, à la non-reconnaissance de sa personne et de ses capacités, et peut lourdement obérer la construction de son identité et la constitution de sa bonne estime de soi. Le fait est d'autant plus grave que la désirabilité sociale pousse au contraire les personnes interrogées à répondre en conformité avec les attentes communes orientées vers la bientraitance.

Les réactions à l'énoncé sur la colère attirent aussi l'attention, mais, cette fois, on aurait attendu des scores d'indécision globalement plus élevés, car se mettre en colère après l'enfant peut être plus ou moins violent : cela dépend des circonstances et de l'intensité de la colère. De 10 à 20 % des intervenants (mais aucun gendarme) jugent la colère du parent envers l'enfant violente dans l'absolu, alors que plus de 90 % d'entre eux estiment que l'enfant a besoin d'autorité pour se sentir en sécurité. Or, cette autorité ne s'entend-elle pas *a minima* comme l'établissement de règles permettant à l'enfant d'être guidé dans son développement, et dont le non-respect entraîne la colère légitime du parent envers l'enfant qui insisterait pour n'en faire qu'à sa tête ? Il est important à ce niveau de faire la différence entre autorité et autoritarisme, et entre la colère et certaines de ses manifestations qui peuvent être agressives et violentes, si elles s'en prennent à l'intégrité physique et psychique de l'enfant. Celui-ci a en revanche besoin de reconnaître qu'il dépasse les bornes, par une expression légitime et authentique d'une émotion négative de la part de l'adulte, qui lui fournira ensuite un modèle pour gérer ses propres affects, sans inhibition outrancière de son vécu émotionnel. La plupart des intervenants ne semblent pas très au clair sur ce point.

Que dire enfin des réponses concernant certaines violences physiques, semble-t-il minimisées par bon nombre de répondants, quant aux menaces de faire du mal, de donner une correction, de pincer et de taper ? Certains résultats sont pour le moins paradoxaux de la part d'intervenants appelés à être confrontés à des situations de maltraitance. Il peut, par exemple, sembler singulier que gifler un enfant soit jugé davantage violent que de lui donner une correction, les gendarmes semblant, là encore, être ceux estimant le moins ces formes d'intimidation comme violentes. Paradoxe également lorsque 1 écoutant sur 5 ne trouve pas vraiment violent le fait de pincer un enfant, de lui donner une correction ou de le menacer de lui faire du mal, lorsqu'un psychologue ou un travailleur social sur quatre n'estiment pas qu'une correction est un acte de violence, que la moitié des écoutants ne jugent pas vraiment violent le fait d'empêcher un enfant de parler aux voisins, ou qu'un tiers des médecins, des assistants sociaux et des enseignants ne trouvent pas violent d'empêcher un enfant d'inviter des amis.

De tels résultats ne sont pas sans rappeler le fait évoqué plus avant que notre culture réduit trop souvent la maltraitance aux atteintes physiques graves et intentionnelles, celle qui ne laisse pas de « traces » restant la grande absente dans les représentations sociales. Ils suggèrent une vision brouillée de l'enfant, susceptible de prendre le dessus sur l'adulte, de lui mentir et de le manipuler, reflétant, peut-être, les difficultés qu'ils rencontrent à devoir faire la part des choses dans leur travail quotidien entre des plaintes réellement fondées et des appels fantaisistes, en particulier en ce qui concerne les écoutants. Cette remarque vaut d'ailleurs pour les autres catégories d'intervenants, car il est difficile de ne pas penser à une récente affaire judiciaire qui a fait grand bruit, et où une confiance aveugle dans la parole des enfants eut des conséquences catastrophiques. Intervenir auprès des enfants et leur faire confiance est certainement devenu plus difficile depuis ces événements, et facteur de stress supplémentaire pour les professionnels.

Comme l'a montré Andrée Fortin (1995), la justification de la violence envers l'enfant tend à l'excuser, voire à la rendre acceptable et à en tenir en partie l'enfant pour responsable. Si la plupart des raisons apparaissent relativement inacceptables pour excuser cette violence, on a quand même trouvé près de 2 professionnels sur 10 pour l'« expliquer » par la soûlographie ou la violence du parent, et de 3 sur 10 par la perte de contrôle ou la répétition de sa propre maltraitance infantile<sup>1</sup>.

Les explications mettant en cause la propre responsabilité de l'enfant sont généralement jugées les plus inacceptables, avec des taux de rejet de l'ordre de 80 %. Mais cela signifie que 2 intervenants sur 10 ne les rejettent pas totalement, et ce sont alors les gendarmes qui sont les plus nombreux à justifier la violence à l'enfant par son blâme, suivis... des enseignants et des psychologues, les écoutants, les médecins et les assistants sociaux étant ceux qui jugent le plus inacceptable ce type de justification.

Ceci n'est pas sans rappeler les réactions rencontrées dans les premiers contacts établis auprès de professeurs des écoles, où certains refusaient de participer à l'étude qu'ils jugeaient pour le moins « déplacée » car « s'attaquant à un faux problème ». Selon eux, les parents maltraitants n'étaient pas « responsables » et ne devaient pas être désignés car, victimes d'une sorte d'*habitus*, ils étaient conduits par les contraintes sociales à des comportements certes regrettables, mais dont ils n'étaient en rien coupables.

---

1. Ce sont toutefois les gendarmes qui jugent le plus inacceptables ces explications de la violence à l'enfant en termes de non-responsabilité du parent. Sans doute sont-ils sensibles à la qualification de l'acte en délit, quelles qu'en soient les causes.



## CHAPITRE 12

# Violence physique, violence psychique : connaissances explicites ou représentations liées au passé ?

Yvane Wiart, Pierre G. Coslin

Cette étude avait pour objet de mettre au jour les représentations de professionnels intervenant auprès de l'enfance en danger et de préciser les liens entre ces représentations et leurs pratiques, afin d'éclairer les programmes de formation qui leur sont destinés. De telles représentations relèvent pour une part certaine de théories dites implicites, c'est-à-dire de théories qui ne donnent pas lieu à une présentation formelle, mais se construisent par rapport aux réalités observées et renvoient à l'expérience acquise. Les réactions de ces professionnels face à une situation de maltraitance sont ainsi susceptibles d'être influencées tant par leur histoire personnelle que par leur identité professionnelle et la résonance des formations dont ils ont bénéficié, ainsi que par les représentations ambiantes communes à une culture ou à un milieu.

Ces intervenants ont donc une représentation de ce que l'on pourrait associer à la « bientraitance », c'est-à-dire aux comportements parentaux en relation avec la satisfaction des besoins psychosociaux des enfants, aux composantes affectives, cognitives et sociales (Pourtois et Desmet, 2004). Mais la question des pratiques éducatives favorables s'avère d'une grande complexité, car ce qui est « bien pour son enfant » est différent selon le contexte culturel : on vise ici une cible sans cesse mouvante, à des rythmes différents selon les cultures. Ainsi, une société ne peut faire l'économie d'une discussion sur le « bien » et le « mal », le « normal » et le « souhaitable », et un grand débat social

s'impose : comment voulons-nous éduquer nos enfants ? Qu'est-ce que la bientraitance ? la maltraitance ?

Les professionnels ont également une conception de ce qu'est la violence à l'encontre des enfants et de ses « justifications » possibles, justifications pouvant conduire certains à excuser la violence, à la rendre « acceptable », voire à en tenir en partie l'enfant pour responsable. Cette responsabilité supposée se fonde sur des mythes dénigrant l'enfant, sur des croyances religieuses et/ou éducatives ou sur une conception limitée de la violence (Fortin, 1995). Les théories implicites en résultant tendent à moduler la perception que les professionnels ont de la maltraitance, de la gravité de ses effets, et des motivations des auteurs de violences.

Il s'avère donc du plus grand intérêt de savoir quelle représentation ces professionnels se font de la violence, et surtout de déterminer s'ils la limitent à la violence physique, à celle qui laisse des traces, ou s'ils considèrent également la violence psychologique, les négligences et les carences affectives dont les stigmates ne marquent pas les chairs, mais le psychisme de l'enfant. Un vieil adage anglo-saxon n'assure-t-il pas que « *Stones can break your bones, but words will break your heart<sup>1</sup>* » ? Il s'agit de ces négligences, de ces violences « ordinaires », celles que l'enfant subit lorsque certains de ses besoins psychologiques ne sont pas – ou mal – satisfaits. Par exemple, l'enfant « transparent » à qui n'est pas donné d'espace de valorisation, ni donc d'espace de construction identitaire dans la famille ou à l'école. Les pairs qui ont repéré les déficits et dysfonctionnements dans les échanges sociaux de cet enfant le laissent en position « d'ignoré rejeté ».

La négligence peut également se traduire par des attitudes laxistes conduisant à priver l'enfant de repères, et à engendrer ainsi chez lui d'intenses sentiments d'insécurité. L'enfant peut encore subir les « violences » de son entourage, instrument des désirs de réalisation des parents et faire-valoir, enfant « trimbalé » au gré des désirs de l'adulte, ou encouragé à une autonomie excessive, n'ayant pas d'étayage suffisant ou encore obligé de suppléer à l'adulte défaillant. Ces négligences et violences psychologiques « ordinaires » ne sont pas aussi faciles à repérer que la négligence et la violence touchant à l'intégrité physique. Il faut cependant en parler et apprendre à les reconnaître.

Dans ce cadre, on peut enfin se demander dans quelle mesure les formations et l'expérience professionnelle ont modulé les théories implicites de ces intervenants auprès de l'enfance en danger. Si tel est le cas, leurs représentations devraient être différentes selon leur statut, et il devrait en résulter des profils spécifiques associés aux différents groupes professionnels. Sinon, comment justifier les regroupements rencontrés,

---

1. Les pierres sont susceptibles de vous briser les os, mais les mots vous briseront à coup sûr le cœur.

sur quelles bases leurs caractéristiques s'associent-elles, et n'est-ce pas plutôt vers la théorie de l'attachement et le passé des personnes qu'il faut se tourner pour rendre compte des résultats ?

## Des profils associés aux professions ?

L'analyse des réponses aux questionnaires a conduit à un certain nombre de résultats qui peuvent s'articuler en deux parties. D'une part, les différents professionnels s'avèrent loin d'être unanimes quant à la définition de la violence à enfant, à ses caractéristiques, à son explication, voire à son éventuelle « justification ». D'autre part, ils présentent d'importantes lacunes dans leurs connaissances relatives à l'enfant, en particulier en ce qui concerne ses besoins psychosociaux, lacunes repérables par les comportements parentaux qu'ils valorisent, les pratiques éducatives qu'ils jugent adéquates, ainsi que par l'image qu'ils ont de l'enfant et les traits de caractère qu'ils préfèrent chez lui. Est-ce à dire que l'on peut distinguer ces réponses selon le type d'intervenant ?

Si 9 professionnels sur 10 considèrent que les enfants ont besoin d'autorité pour se sentir en sécurité, ce qui n'est guère discriminant, ils s'avèrent moins consensuels en ce qui concerne la sévérité. Trois intervenants sur dix justifient ainsi la sévérité, voire la violence envers des enfants, dans près de la moitié des situations qui leur sont proposées, ce qui manifeste que l'image qu'ils ont des enfants est assez négative. Certaines des réponses semblent correspondre à un profil professionnel. C'est ainsi que les gendarmes expriment une relative tolérance vis-à-vis de la violence par rapport à l'enfant. Huit gendarmes sur dix pensent ainsi qu'une fessée n'a jamais fait de mal à personne, 6 sur 10 que si l'on est sévère avec un enfant, il nous en remerciera plus tard, ou que les enfants n'ont pas de limites, et près de la moitié qu'ils ont besoin d'une bonne correction de temps en temps. À l'inverse, 60 % des médecins, des enseignants et des psychologues sont en désaccord avec le fait de fesser un enfant, 8 écoutants de téléphonie médico-sociale sur 10 rejettant la valeur éducative d'une correction.

Les propos tenus lors des entretiens caractérisent aussi par ailleurs certains professionnels, les psychologues, les écoutants de téléphonie médico-sociale manifestant, par exemple, leur besoin de comprendre les mécanismes de violence susceptibles de s'être mis en place chez les adultes vis-à-vis de l'enfant. Si écoutants et psychologues tendent à avoir un profil de non-tolérance et de non-minimisation de la violence faite à l'enfant, les enseignants manifestent plutôt une certaine tolérance de la violence, même s'ils évitent de la minimiser. En revanche, les gendarmes se caractérisent à la fois par une certaine tolérance et une minimisation de la violence, alors que les médecins ne montrent pas de tendance nette, pas plus que les travailleurs sociaux.

Enfin, dans la plupart des groupes professionnels – sauf les gendarmes –, la majorité des sujets ne trouvent pas acceptable de justifier la violence, ni par les conduites négatives de l'enfant, ni par la non-responsabilité du parent. Cependant, certains travailleurs sociaux, certains écoutants, certains psychologues ainsi que certains médecins ont tendance à attribuer la violence à la non-responsabilité du parent. Ce constat apparaît également dans les entretiens de plusieurs écoutants qui déclarent comprendre la maltraitance « comme le fait d'une trajectoire, d'un vécu douloureux de la part du maltristant qui n'a peut-être pas eu assez d'écoute ni de suivi ». L'adulte dévalorisé, humilié, répéterait ainsi ces humiliations sur ses propres enfants. Les enseignants sont plus partagés, certains d'entre eux attribuant la violence à la responsabilité de l'enfant ou à la non-responsabilité du parent. Plus de la moitié des professeurs des écoles évoquent ainsi, lors des entretiens, des causes de nature psychologique (parents sans limites, stress excessif, enfants non désirés, etc.), d'origine interculturelle, des carences éducatives et des déficiences parentales. Les gendarmes sont, quant à eux, plutôt caractérisés par une attribution de la violence aux caractéristiques de l'enfant, excluant toutefois la non-responsabilité du parent.

Ces constats peuvent être rapportés à l'exercice professionnel. On sait, en effet, que les gendarmes sont souvent confrontés aux insultes, aux agressions et à différentes formes de violences de la part des jeunes, que les enseignants doivent faire face à l'agitation des élèves, à leurs insultes, que les écoutants reçoivent des appels sans voir les personnes et que ces appels peuvent être sérieux, voire dramatiques, mais parfois tout à fait fantaisistes. Le discernement de l'acte de violence est alors rendu plus difficile, leurs réponses montrant qu'ils sont dans une sorte de fiction, tandis que les gendarmes sont dans la réalité. Alors que les écoutants ou les psychologues travaillent sur les souffrances, sur l'inconscient, les gendarmes mettent l'accent sur les valeurs sociétales et morales. On voit là le poids des expériences professionnelles de chacun dans ces représentations, qui se construisent et évoluent par une interaction entre réalité et pratique. Mais l'on observe également une grande diversité des réponses liées à la structure de personnalité de chacun et à sa trajectoire, et ce quelle que soit sa profession.

## **Une valorisation des pratiques éducatives liée au statut professionnel ?**

Trois types d'intervention parentale étaient distingués dans l'étude : les pratiques de type autoritaire qui se caractérisent par un contrôle systématique des activités d'un enfant dont les droits ne sont que peu ou pas reconnus et respectés, les pratiques laxistes qui ne fixent ni limites ni

exigences particulières, et les pratiques de type démocratique marquées par le dialogue et la concertation.

Les enseignants, les travailleurs sociaux et les médecins sont plutôt en accord avec une majorité de pratiques autoritaires. Contrairement à ce que l'on aurait pu croire par rapport à leur position sur l'autorité, ce ne sont donc pas les gendarmes qui prônent le plus de telles pratiques ; ils se distinguent cependant par un accord marqué quant à la nécessité de punir en cas de mauvais résultats scolaires. Ils sont aussi les plus nombreux à penser que les interdictions ne doivent pas être discutées par l'enfant. Certaines pratiques suscitent l'accord de deux tiers des répondants : c'est ainsi qu'un enfant ne doit pas intervenir dans les discussions de ses parents. Plus d'un quart des professionnels estiment de même qu'un enfant qui a de mauvais résultats à l'école mérite d'être puni, et plus d'un tiers que le choix des vêtements de l'enfant revient aux parents.

D'autres constats s'avèrent plus mitigés, en particulier en ce qui concerne l'autorisation de regarder la télévision en l'absence des parents. Celles suscitant, enfin, le plus grand nombre de manifestations de désaccord concernent le fait pour un enfant de devoir se coucher systématiquement à la même heure, même en l'absence de contraintes extérieures comme pendant les vacances, et le fait de lui imposer ses activités de loisir. La plupart des professionnels sont en revanche en désaccord avec les pratiques éducatives laxistes. Quelques intervenants semblent cependant en accord. Il est ainsi paradoxal que l'un des médecins se soit dit d'accord avec la liberté pour un enfant de manger ce qu'il veut quand il le veut, pratique reconnue comme conduisant à l'obésité. Il est également étonnant qu'il se trouve des médecins, des psychologues et des enseignants pour accepter des pratiques donnant la liberté de quitter la table avant la fin du repas, accordant à l'enfant tout le temps qu'il veut pour jouer, rejettant ainsi, semble-t-il, toute contrainte.

La majorité des intervenants sont en revanche en accord avec des pratiques démocratiques telles qu'encourager la prise de responsabilité de l'enfant ou préférer le dialogue au recours à la punition en cas de difficultés, et laisser à l'enfant le choix de ses activités de loisir. Certains professionnels n'en sont pas moins en désaccord avec différentes pratiques. Sur les décisions concernant l'achat des fournitures scolaires ou la libre disposition de l'argent de poche, gendarmes et écouteurs sont ainsi parmi les plus nombreux à être en désaccord avec des pratiques libérales qui instaureraient dialogue et concertation avec l'enfant. Seuls les travailleurs sociaux se montrent alors très majoritairement en accord. Il faut enfin relever l'absence de corrélations négatives entre pratiques libérales et autoritaires, conduisant à conclure à l'absence d'organisation claire des réponses sur ce thème.

Ces quelques remarques sur les caractéristiques les plus saillantes des réponses concernant la représentation de la violence et les pratiques éducatives qui peuvent y être associées sont utilement complétées par une synthèse plus systématique des résultats par catégories d'intervenants.

## **Caractéristiques par groupes d'intervenants**

Ces caractéristiques regroupent à la fois les éléments de réponse évoqués plus haut et les autres aspects évalués, tels que les comportements parentaux privilégiés, ou les traits de caractère préférés chez l'enfant. Mis en regard les uns avec les autres, ainsi qu'avec les réponses aux entretiens, ces éléments interrogent à la fois par les contradictions internes qui en émergent, et par ce qui pourrait être attendu de la part de spécialistes, tous plus ou moins susceptibles d'intervenir dans le cadre de la violence à enfant.

### **Les travailleurs sociaux**

Les travailleurs sociaux manifestent une certaine tendance à la tolérance de la violence envers l'enfant, visible par leur accord explicite avec les énoncés ou par leur refus de se prononcer en la matière. Ils sont ainsi 50 % à légitimer la sévérité envers l'enfant ou du moins à ne pas la désapprouver ouvertement, 66 % à légitimer la fessée, 26 % à ne pas désapprouver les corrections, 56 % à estimer que les enfants ne respectent plus leurs parents, 45 % qu'ils mentent facilement et 71 % qu'ils n'ont plus de limites. Ils sont pourtant près de 90 % à estimer qu'un enfant ne pleure pas pour rien.

Entre 11 et 25 % d'entre eux ne jugent pas ouvertement violent de menacer l'enfant de lui faire du mal, de le gifler ou de lui donner une correction, 36 % ne jugeant pas davantage ouvertement violent de lui donner des ordres en criant. L'isolement est encore moins ressenti par eux comme violent, avec des effectifs entre 16 et 39 % de travailleurs sociaux ne jugeant pas ouvertement violent d'empêcher l'enfant de parler aux voisins, d'amener des amis à la maison, ou d'avoir des activités en dehors de l'école, ou encore le fait de critiquer tous ses amis. Le rejet de l'enfant est plus nettement caractérisé par eux comme violent, à la notable exception de la minimisation des succès scolaires que 22 % d'entre eux ne jugent pas ouvertement violente.

Un quart à un tiers des travailleurs sociaux estiment acceptable ou ne se prononcent pas quant à l'attribution de la violence parentale à des troubles mentaux, à une perte de contrôle ou à un passé d'enfant battu. L'explication en termes d'ébriété ou de violence du parent est plus massivement rejetée. Entre 16 et 20 % des travailleurs sociaux estiment

que si un enfant est battu, c'est qu'il le mérite, ou du moins refusent de rejeter ouvertement cette explication. Ils justifient cette violence par le fait de ne pas se laisser marcher sur les pieds, ou par la violence même de l'enfant, voire par l'amour du parent. Ces profils de réponses semblent en contradiction avec le reste des énoncés de blâme de l'enfant, jugés inacceptables par plus de 90 % des répondants de cette catégorie. On peut alors se demander quel type de justification intervient derrière l'idée que l'enfant le mérite.

Les travailleurs sociaux rejettent certaines pratiques autoritaires concernant les heures de lever et le choix des loisirs, tout en étant à 20 % d'accord avec les punitions en cas de mauvais résultats scolaires, autour de 40 % à estimer que c'est aux parents de choisir les vêtements de l'enfant, près de 50 % à estimer qu'il ne doit pas regarder la télévision en l'absence de ses parents, et près de 70 % à penser qu'il ne doit pas intervenir dans les discussions de ses parents. Les pratiques laxistes sont très majoritairement rejetées par cette catégorie d'intervenants, qui s'avère *a contrario* très majoritairement d'accord avec des pratiques éducatives de type libéral, à l'exception de 30 % de désaccord quant à la concertation avec l'enfant sur des décisions le concernant, et à la libre disposition de son argent de poche. Cette tendance s'accentue encore en ce qui concerne la libre disposition de la maison en cas de fête, avec près de 70 % de désaccord avec cet énoncé. Par ailleurs, les comportements parentaux qu'ils valorisent en premier sont l'écoute, essayer de rendre l'enfant heureux, et lui apporter un climat de sécurité. Quant aux traits de caractère, ils privilégient le fait que l'enfant soit équilibré avant tout, suivi de gai, imaginatif et confiant, c'est-à-dire plutôt des caractéristiques de sociabilité.

Certaines réponses au questionnaire peuvent alors apparaître en contradiction avec ce qui a été repéré dans les entretiens, où les travailleurs sociaux interrogés semblent sensibilisés à la violence psychique et à son impact sur l'image de soi de l'enfant, jugeant la maltraitance inexcusable. *A contrario*, l'image de la bientraitance qui émerge des entretiens est en cohérence avec les comportements parentaux valorisés, et les traits de caractère privilégiés chez l'enfant, avec l'accent sur le besoin de respect et de protection de l'enfant, permettant d'en faire un individu équilibré et heureux de vivre.

## Les écoutants de téléphonie médico-sociale

Les écoutants manifestent eux aussi une certaine tendance à la tolérance de la violence envers l'enfant, selon les mêmes repères que précédemment. Ils sont 50 % à légitimer la sévérité envers l'enfant ou du moins à ne pas la désapprouver ouvertement, 59 % à estimer que les enfants ne respectent plus leurs parents, 46 % qu'ils mentent facilement,

et 57 % qu'ils n'ont plus de limites. Ils sont cependant nettement moins nombreux que les assistants sociaux à justifier les atteintes physiques. Ils sont près de 60 % à désapprouver la fessée, 83 % à désapprouver les corrections, et plus de 90 % aussi à estimer qu'un enfant ne pleure pas pour rien.

Ce premier type de réponses est en contraste avec les effectifs rencontrés pour la minimisation de la violence. Ainsi, près d'un quart des écoutants ne jugent pas ouvertement violent de menacer l'enfant de lui faire du mal, de le pincer ou de lui donner une correction. En revanche, ils sont nettement plus nombreux à juger la gifle violente, ce qui semble lui conférer un statut particulier, alors qu'ils sont 27 % à minimiser la violence de donner des ordres à l'enfant en criant. Par ailleurs, 46 % d'entre eux ne trouvent pas ouvertement violent d'empêcher l'enfant de parler aux voisins, mais ils ne sont plus que 20 %, voire bien moins, à ne pas estimer violent de l'empêcher d'emmener des amis à la maison, d'avoir des activités en dehors de l'école ou de critiquer ses amis.

Ils repèrent donc assez bien la violence de l'isolement de l'enfant, tout comme celle des formes de rejet présentées dans le questionnaire, à l'exception de la minimisation des succès scolaires que 26 % d'entre eux ne jugent pas ouvertement violente, en cela plus nombreux que les assistants sociaux. Entre un quart et près de la moitié des écoutants estiment acceptable, ou restent indécis, quant à l'attribution de la violence parentale à la non-responsabilité du parent. En revanche, ils rejettent massivement les explications en termes de blâme de l'enfant, hormis l'idée que le parent puisse ne pas vouloir se laisser marcher sur les pieds ou la justification par la violence même de l'enfant, qu'ils sont entre 15 et 20 % à estimer être des explications plus ou moins acceptables.

En ce qui concerne les pratiques éducatives, les écoutants présentent à peu près le même type de profil de réponses que les assistants sociaux sur les énoncés correspondant au style autoritaire. Ils sont un peu moins nombreux à estimer que les enfants ne doivent pas regarder la télévision en l'absence de leurs parents, en revanche nettement plus nombreux à accepter l'idée que les interdits peuvent être discutés par l'enfant. Les pratiques laxistes sont très majoritairement rejetées par cette catégorie d'intervenants, qui s'avèrent *a contrario* très majoritairement d'accord avec des pratiques éducatives de type libéral, à l'exception de la concertation quant à l'achat des fournitures scolaires avec 35 % de désaccord, 46 % de désaccord quant à la concertation avec l'enfant sur des décisions le concernant, et 41 % de désaccord sur la libre disposition de l'argent de poche. Ils se montrent à ce niveau moins libéraux que les travailleurs sociaux, bien que davantage en accord avec la libre disposition de la maison en cas de fête. Les comportements parentaux valorisés par les écoutants sont par ailleurs du même ordre que ceux valorisés par les assistants sociaux, et les traits de caractère privilégiés

par eux chez l'enfant sont aussi en priorité équilibré, gai, imaginatif et confiant, ce en quoi ils se montrent plutôt cohérents.

Les entretiens font émerger une image de la maltraitance liée à un passé douloureux, ce qui est conforme à une certaine attribution de la violence à la non-responsabilité du parent. Tout comme les travailleurs sociaux, les écoutants associent la bientraitance au respect et au bien-être de l'enfant, en cohérence avec les comportements parentaux valorisés et les traits de caractère privilégiés chez l'enfant. En revanche, leur image de la maltraitance avec mention de l'importance de la violence psychologique cadre moins aisément avec une certaine minimisation de celle-ci repérée dans les questionnaires, et une image relativement négative de l'enfant.

## Les professeurs des écoles

Les enseignants manifestent une tolérance de la violence envers l'enfant beaucoup plus étendue que les deux catégories professionnelles précédentes, toujours selon les mêmes critères de rassemblement des accords et manifestations d'indécision. Ils sont cette fois 72 % à légitimer la sévérité envers l'enfant, avec un taux d'indécision nettement plus faible que pour les autres catégories de répondants. Ils sont 60 % à justifier la fessée, et 33 % à estimer que les enfants ont besoin d'une bonne correction de temps en temps. Ils sont 55 % à estimer que les enfants ne respectent plus leurs parents, 56 % qu'ils mentent facilement et 67 % qu'ils n'ont plus de limites, faisant par là preuve d'une image assez négative de l'enfant. Ils ne sont cette fois plus que 83 % à estimer qu'un enfant ne pleure pas pour rien.

Ils sont en revanche parmi les moins nombreux à minimiser la violence des comportements d'intimidation envers l'enfant, avec un maximum de 23 % d'entre eux se refusant à juger violent le fait de donner des ordres à l'enfant en criant. À l'inverse, entre 20 et 35 % d'entre eux ne jugent pas ouvertement violents les comportements d'isolement de l'enfant, et ils sont encore 20 % à ne pas trouver violent de minimiser les succès scolaires de l'enfant, ce qui peut paraître très étonnant de la part d'enseignants.

En ce qui concerne la non-responsabilité du parent dans la violence à enfant, ils sont un tiers à ne pas juger inacceptables des explications en termes de troubles mentaux, de violence subie ou de perte de contrôle. Ils sont encore entre 20 et 25 % à attribuer la violence au blâme de l'enfant, toutes catégories d'explications confondues ou peu s'en faut. Ils sont ainsi 14 % à affirmer sans hésitation qu'un enfant peut être battu parce qu'il le mérite, sans doute parce qu'il est difficile, désobéissant, qu'il provoque ou qu'il est colérique, entre autres, ce qui a au moins le mérite d'une certaine cohérence.

Les pratiques éducatives autoritaires semblent davantage prônées par les enseignants que par les deux précédentes catégories d'intervenants. Un quart d'entre eux estiment que l'enfant qui a de mauvais résultats scolaires mérite d'être puni, pour ne souligner que l'énoncé en relation directe avec leur pratique professionnelle. Ils sont encore les plus nombreux (71 %) à estimer qu'un enfant ne doit pas intervenir dans les discussions de ses parents. Les pratiques laxistes sont très majoritairement rejetées par cette catégorie d'intervenants, bien qu'ils soient les plus nombreux à estimer qu'un enfant doit pouvoir passer autant de temps qu'il le souhaite à jouer à ses jeux (25 %), ce qui peut paraître contradictoire avec le fait de se consacrer à son travail scolaire. Leur profil de valorisation des pratiques éducatives de type libéral est par ailleurs très proche de celui des deux précédentes catégories, ce qui semble indiquer que dans ce groupe, pratiques éducatives autoritaires et libérales ne s'excluent pas mutuellement.

Les comportements parentaux valorisés par les enseignants sont, comme pour les deux autres catégories précédentes, l'écoute, rendre l'enfant heureux et lui apporter la sécurité, même si l'aider à grandir semble aussi d'une certaine importance pour eux. En ce qui concerne les traits de caractère, ils valorisent également l'enfant équilibré, gai et confiant, mais cette fois *imaginatif* cède la place à *respectueux* dans les premiers choix par rapport à ceux des travailleurs sociaux ou des écoutants. Si les caractéristiques affectives favorisant la sociabilité sont pour eux importantes, ils privilégient encore celles qui se rapportent à l'adaptation, et ce davantage que les deux précédentes catégories d'intervenants.

À nouveau, comme dans les deux groupes précédents, il semble exister un certain hiatus chez les enseignants entre la reconnaissance globale de l'impact de la violence psychologique rapportée dans les entretiens et sa reconnaissance plus précise telle qu'elle peut être enregistrée par les réponses aux questionnaires. Une certaine cohérence peut être repérée entre l'attribution de la violence à la responsabilité de l'enfant présente dans certains entretiens et les réponses de même type dans les questionnaires. De même, une des personnes interrogées souligne la tolérance croissante chez les enseignants de la violence subie par les enfants, ce que les théories implicites émergeant des questionnaires révèlent aussi, et que vient illustrer la mention spéciale dans le compte rendu des entretiens de la « gifle éducative » quand « l'enfant le mérite », et la relativisation rapportée de la violence subie par l'enfant en risque, qui n'est pas ouvertement *pour autant* maltraité.

En revanche, contrairement aux deux catégories précédentes, la bientraitance est, chez les enseignants interrogés, davantage définie en termes d'éducation, d'autonomie et de valorisation qu'en termes de bientraitance affective et relationnelle, besoin d'attention, d'écoute

et d'amour. On peut alors d'autant plus s'interroger à ce niveau sur les 20 % d'enseignants qui refusent de qualifier comme ouvertement violent le fait de minimiser les succès scolaires de l'enfant. Doit-on les mettre en relation avec les 25 % qui estiment qu'un enfant qui a de mauvais résultats scolaires doit être puni par ses parents, et en conclure qu'un quart des enseignants préconisent le bâton de préférence à la carotte, pour des enfants dont ils ont une image assez négative et qui sont priés de s'adapter avant tout, même si, tout comme les autres, ils les veulent aussi avant tout équilibrés, gais et confiants ?

## Les médecins

Les médecins manifestent une certaine tolérance de la violence envers l'enfant, même si elle n'est pas aussi forte que celle des enseignants. Ils sont cette fois 60 % à légitimer la sévérité envers l'enfant, avec un taux d'indécision particulièrement élevé (32 %). Ils sont 38 % à justifier la fessée, et 16 % à être ouvertement d'accord avec le fait que les enfants ont besoin d'une bonne correction de temps en temps. Ils sont 64 % à estimer que les enfants ne respectent plus leurs parents, 50 % qu'ils n'ont plus de limites, et « seulement » 34 % qu'ils mentent facilement (score le plus faible toutes catégories confondues), faisant par là preuve, eux aussi, d'une image assez négative de l'enfant, avec en prime 12 % d'accord explicite avec le fait que les enfants pleurent souvent pour rien.

Ils sont cependant particulièrement peu nombreux à minimiser la violence d'une correction ou d'une gifle (10 %). En revanche, pincer l'enfant ne paraît pas ouvertement violent pour 14 % d'entre eux, pas plus que menacer de lui faire du mal, et 30 % ne trouvent pas systématiquement violent de lui donner des ordres en criant. Ils sont parmi les plus nombreux à trouver violent d'empêcher l'enfant de parler aux voisins, ou de lui interdire toute activité en dehors de l'école. Ils sont néanmoins 22 % à ne pas trouver ouvertement violent de critiquer tous ses amis, et 34 % à minimiser la violence d'une interdiction systématique faite à l'enfant d'amener des amis à la maison. Des contradictions du même ordre apparaissent en ce qui concerne la minimisation de la violence du rejet, où d'un côté ils sont parmi les plus nombreux à considérer la violence d'une minimisation des succès scolaires, alors que par ailleurs ils se disputent la première place pour refuser de catégoriser comme ouvertement violents les autres énoncés de rejet. On pourrait en conclure qu'il existe au sein de cette catégorie professionnelle quelques individus particulièrement peu avertis des conséquences de telles violences psychiques, voire physiques, ce qui peut paraître étonnant pour des médecins amenés à traiter régulièrement des enfants. En ce qui concerne l'attribution de la violence, 20 à 30 % des médecins ne jugent

pas inacceptables des explications en termes de non-responsabilité du parent. Ils sont en revanche parmi les moins nombreux à attribuer la violence au blâme de l'enfant.

Les médecins sont à rapprocher des enseignants dans la fréquence de leurs préférences pour des pratiques éducatives autoritaires. Ils sont même 60 % à estimer qu'un enfant ne doit pas regarder la télévision en l'absence de ses parents. En revanche, ils figurent parmi les plus nombreux à avaliser certaines pratiques laxistes comme l'idée que les parents n'ont pas besoin de savoir ce que les enfants font à l'école, qu'un enfant n'a pas de compte à rendre à ses parents ou qu'il peut sortir de table à tout moment avant la fin du repas. Ils sont encore particulièrement nombreux à valoriser des pratiques éducatives de type libéral, ce qui fournit globalement un tableau assez mélangé de ce groupe d'intervenants en ce qui concerne le type éducatif valorisé.

Les comportements parentaux principalement valorisés par les médecins sont ici encore l'écoute, essayer de rendre l'enfant heureux et lui apporter un climat de sécurité, suivi de près par l'aider à grandir, ce en quoi leur profil se rapproche à nouveau de celui des enseignants. Ils valorisent prioritairement les traits de caractère *équilibré*, *gai*, puis *responsable* et *respectueux*. L'introduction de *responsable* en troisième choix renforce l'accent qu'ils portent aux caractéristiques d'adaptation, plus importantes chez eux encore, semble-t-il, par rapport aux enseignants, que celles d'affection favorisant la sociabilité.

En ce qui concerne les témoignages recueillis en entretien auprès des médecins, la reconnaissance de la violence psychique y est particulièrement nette, ainsi que l'affirmation de son absence de justification. L'image de la bientraitance qui en émerge est aussi très riche, ce qui accentue d'autant le contraste avec certaines réponses aux questionnaires, et renforce l'idée qu'à côté de praticiens tout à fait sensibilisés à la violence et à ses conséquences figurent d'autres médecins dont le profil est plutôt inverse.

## Les gendarmes

Les gendarmes sont incontestablement les plus nombreux à tolérer la violence faite aux enfants. Ils sont à peine 20 % à ne pas légitimer la sévérité envers l'enfant, 77 % justifient ouvertement la fessée, et 65 % ne rejettent pas le fait que les enfants ont besoin d'une bonne correction de temps en temps. Ils sont encore 77 % à estimer que les enfants ne respectent plus leurs parents (indécision comprise), 81 % qu'ils mentent facilement, et 63 % qu'ils n'ont pas de limites. Ils sont enfin 34 % à ne pas être contre l'idée qu'un enfant pleure souvent pour rien.

De la même façon, ils sont les plus nombreux à minimiser la violence. Ils sont ainsi entre 33 et 45 % à ne pas qualifier d'ouvertement

violent le fait de donner une correction, une gifle ou de menacer l'enfant de lui faire du mal. Ils sont 19 % à estimer que pincer un enfant n'est pas violent, en contraste marqué avec les autres catégories d'intervenants, et encore 17 % à minimiser la violence de faire peur à l'enfant en lançant ou en fracassant un objet. Ils sont entre 37 et près de 70 % à minimiser la violence des comportements d'isolement de l'enfant, avec une mention particulière quant au fait d'interdire à l'enfant d'amener des amis à la maison, dont l'interdiction n'apparaît violente qu'à 33 % d'entre eux. Ils sont les plus nombreux avec les médecins à ne pas trouver ouvertement violents les comportements de rejet de l'enfant, à peine plus de la moitié d'entre eux considérant comme violent de minimiser les succès scolaires de l'enfant, par exemple. En ce qui concerne l'attribution de la violence, ils rejettent en revanche massivement la non-responsabilité du parent, mais ils sont cette fois encore les plus nombreux à attribuer le blâme à l'enfant, avec des pourcentages d'accord ou d'indécision cumulés de plus de 40 % sur une majorité d'items, y compris le fait d'agir dans l'intérêt de l'enfant, voire dans une certaine mesure de battre l'enfant par amour, rejoins sur ce dernier point par les psychologues.

Paradoxalement, par ailleurs, les gendarmes ne sont pas globalement les plus nombreux à valoriser les pratiques éducatives autoritaires, à l'exception des punitions en cas de mauvais résultats scolaires, où ils inversent la tendance des autres catégories de répondants avec 63 % d'accord sur cet énoncé. Ils sont parmi les moins nombreux à valoriser les pratiques laxistes, avec cependant 12 % d'accord avec l'idée qu'un enfant sait toujours ce qui est bien pour lui, et 21 % avec celle qu'un enfant doit pouvoir passer autant de temps qu'il le souhaite à jouer à ses jeux. Ils sont aussi majoritairement d'accord avec les pratiques éducatives libérales, à l'exception de la libre disposition de l'argent de poche, et massivement d'accord avec le fait d'abandonner la maison à l'enfant et à ses copains. On peut repérer ici un assemblage assez contradictoire de tolérance et de minimisation de la violence, associées à une valorisation de pratiques éducatives libérales et à un certain rejet des pratiques autoritaires.

En ce qui concerne les comportements parentaux valorisés, les gendarmes se démarquent des autres intervenants. Ils privilient certes l'écoute et le fait d'essayer de rendre l'enfant heureux, mais lui apporter un climat de sécurité ne leur semble pas aussi important que de l'aider à grandir ou de se donner l'occasion de parler ensemble, ainsi que lui apprendre à respecter autrui. Cette importance accordée à la communication avec l'enfant constitue un étrange contraste avec leur tolérance et leur minimisation de la violence psychique par ailleurs. Le respect d'autrui ne commence-t-il pas par le respect des besoins de l'enfant par ses propres parents ? Cette importance du respect se retrouve dans les

traits de caractère privilégiés chez l'enfant avec *honnête* qui intervient en seconde position, *respectueux* en troisième, intercalés entre *équilibré* et *gai*, deux traits de sociabilité retrouvés prioritairement chez quasiment toutes les catégories d'intervenants. Globalement, les gendarmes sont ainsi ceux qui mettent le plus l'accent sur l'importance de traits favorisant l'adaptation de l'enfant, par le niveau de choix qu'ils en font et la sélection d'*honnête* qu'ils sont les seuls à retenir avec une telle priorité. On peut aussi remarquer que développer la confiance chez un enfant ne leur paraît pas primordial, ce que l'on peut rapprocher de la moindre importance qu'ils accordent à ce que les parents lui apportent un climat de sécurité. Cet élément fondamental au développement et à l'équilibre de l'enfant semble leur échapper.

Les gendarmes n'ayant pu accepter de participer à des entretiens, il n'est pas possible de rapprocher ces résultats de leur définition spontanée de la bientraitance d'une part, et de la maltraitance d'autre part.

## Les psychologues

Les psychologues sont parmi les moins nombreux à tolérer la violence faite aux enfants. Ils sont 51 % à ne pas légitimer la sévérité envers l'enfant, 61 % à ne pas justifier la fessée. En revanche, 37 % ne rejettent pas le fait que les enfants ont besoin d'une bonne correction de temps en temps, avec 22 % d'accord explicite. Ces chiffres peuvent être considérés comme complémentaires des précédents : près de 40 % de cette catégorie de répondants ne rejettent pas totalement les atteintes physiques à l'enfant, ce qui peut paraître énorme au vu de leur formation de psychologues. Ils sont encore plus de la moitié à estimer que les enfants ne respectent plus leurs parents (indécision comprise), 36 % à penser qu'ils mentent facilement, et 56 % qu'ils n'ont pas de limites. En revanche, aucun d'entre eux ne se montre d'accord avec l'idée qu'un enfant pleure sans raison, même s'ils sont 5 % à ne pas se prononcer sur cette question.

Contrairement à ce à quoi on pourrait s'attendre, les psychologues ne sont pas les plus nombreux à reconnaître la violence des comportements d'intimidation, à la notable exception de la gifle ou du fait de faire peur à l'enfant en lançant ou fracassant des objets, qu'aucun psychologue n'a qualifié de *pas violent*. Ils sont ainsi de 17 à 27 % à ne pas qualifier d'ouvertement violent le fait de donner une correction, de pincer l'enfant, de le menacer de lui faire du mal, ou de lui donner des ordres en criant.

Ils sont encore près d'un tiers à minimiser la violence des comportements d'isolement de l'enfant, comme l'empêcher de parler aux voisins ou lui interdire d'amener des amis à la maison. Et ils sont une dizaine de pourcents à ne pas estimer ouvertement violent d'interdire à l'enfant

toute activité en dehors de l'école ou de critiquer tous ses amis. Même si ces pourcentages semblent faibles par rapport à d'autres catégories d'intervenants, ils signalent néanmoins une faille dans la reconnaissance des besoins de l'enfant, chez des personnes qui ont fait leur spécialité de l'étude du psychisme, et que l'on s'attendrait à voir au clair avec les besoins de socialisation, de valorisation et d'estime de soi, bases de la construction d'une personnalité harmonieuse et équilibrée. Ainsi, bien que les comportements de rejet soient à une écrasante majorité reconnus comme ouvertement violents par les psychologues, il s'en trouve à chaque fois au moins un pour ne pas être absolument sûr de ce fait, et encore 17 % à ne pas estimer ouvertement violent de minimiser les succès scolaires de l'enfant.

En ce qui concerne l'attribution de la violence, entre un quart et la moitié d'entre eux ne jugent pas inacceptables des explications en termes de non-responsabilité du parent, en particulier lorsque celui-ci a été battu dans son enfance. Mais ils font aussi porter le blâme à l'enfant, avec des pourcentages d'accord ou d'indécision cumulés oscillant de 10 à 35 % sur tous les items, y compris le fait d'agir dans l'intérêt de l'enfant, voire de le battre par amour, refusant pourtant d'accréditer l'idée que l'enfant puisse le mériter, ce qui émerge alors comme une contradiction notable.

En ce qui concerne les pratiques éducatives valorisées par les psychologues, on remarque qu'ils sont le plus souvent les moins nombreux à valoriser les pratiques éducatives autoritaires. Ils sont cependant deux tiers à estimer qu'un enfant n'a pas à intervenir dans les discussions de ses parents, et 12 % à estimer que ce sont les parents qui doivent décider des activités de loisir de l'enfant, par exemple. À l'inverse, ils sont 41 % à estimer que ce qui est interdit par les parents peut être discuté par l'enfant, ce qui semble signaler un manque de conviction chez certains en ce qui concerne le besoin d'autorité, au sens de besoin de limites clairement établies servant à guider l'enfant dans son développement.

Leur rejet des pratiques laxistes est assez massif, avec cependant 15 % d'accord avec l'idée qu'un enfant doit pouvoir sortir de table quand bon lui semble, et 12 % avec celle qu'un enfant doit pouvoir passer autant de temps qu'il le souhaite à jouer à ses jeux. Ils sont en revanche majoritairement d'accord avec les pratiques éducatives libérales, même s'ils sont 7 % à estimer que le dialogue n'est pas à privilégier sur la punition pour résoudre les difficultés rencontrées par l'enfant, et 37 % à penser que les décisions concernant l'enfant peuvent être prises sans l'en informer. On relève une curiosité, valable aussi pour les autres catégories d'intervenants, qui veut que 12 % des psychologues pensent que les parents doivent décider des loisirs de l'enfant : ils sont 95 % à estimer que c'est à l'enfant de faire ce choix. On observe donc

chez les psychologues un assemblage assez confus de non-tolérance de la violence associée à une certaine minimisation de celle-ci, avec non-responsabilité du parent et blâme de l'enfant, bien que les pratiques éducatives libérales semblent globalement valorisées et les pratiques autoritaires plutôt rejetées.

En ce qui concerne les comportements parentaux valorisés, les psychologues privilégièrent l'écoute mais aussi l'affection, le fait de rendre l'enfant heureux mais aussi de l'inviter à s'exprimer, et avant tout de lui apporter un climat de sécurité. Leur opinion est moins tranchée en la matière, cependant, que celle des écoutants ou des travailleurs sociaux, par exemple. Les traits de caractère qu'ils privilégièrent chez l'enfant ont tendance à se démarquer de ceux des autres catégories, en ce qu'*équilibré* n'intervient qu'en deuxième place, suivi de *gai*, mais détrôné par *imaginatif*. L'introduction de *sûr de soi* et *actif* dans leurs six priorités les conduit à apparaître comme ceux pour qui la caractéristique d'expression, telle qu'elle est *a priori* définie ici, est la plus importante, tout autant voire plus que les caractéristiques affectives liées à la sociabilité. Il peut alors paraître étonnant que des psychologues privilégièrent l'imagination plutôt que la notion d'équilibre, contrairement aux autres catégories d'intervenants dont ils se démarquent ainsi, tout autant que par l'absence d'importance qu'ils confèrent à l'autonomie, par exemple. On remarque aussi que l'image de l'enfant est la plus diluée chez eux comparativement aux autres professionnels, alors que l'on s'attendrait plutôt à ce que l'homogénéité de leur formation initiale ainsi que l'enseignement normalement reçu sur l'enfant et les caractéristiques de son développement leur aient fourni une représentation claire et cohérente de ce qui est propice pour lui en termes de personnalité.

Par ailleurs, les entretiens auprès des psychologues soulignent l'importance de l'empathie, de l'écoute attentive et bienveillante, de la tolérance et de l'amour des enfants chez ceux exerçant cette profession, ainsi qu'une capacité d'introspection permettant de mieux comprendre ce que vivent les autres. La maltraitance est clairement identifiée et définie comme ce qui entrave le développement de l'enfant sur les plans physique, psychique et social, entraînant des conséquences traumatiques pour l'enfant. La violence psychique est bien repérée, faisant l'objet d'une description particulièrement détaillée ; elle est évoquée comme insidieuse, car le plus souvent invisible sauf à l'œil et à l'oreille attentifs du psychologue, averti, contrairement aux autres. Quant à la bientraitance, elle est définie en termes de « respect, écoute, sécurité, amour, empathie, compréhension, accompagnement, réponse aux besoins de l'enfant, accès à l'autonomie ».

Il est dommage que ces conceptions explicites de la maltraitance et de la bientraitance ne se retrouvent pas aussi nettement exprimées dans les réponses aux questionnaires. Il semble ainsi que ces derniers,

en confrontant les répondants à des situations ou à des comportements bien spécifiques, font émerger des théories implicites pour le moins contrastées, voire contradictoires, renvoyant les psychologues en particulier à un certain défaut d'introspection en ce qui concerne leur propre vécu, même si cette remarque vaut aussi pour les autres catégories d'intervenants, moins péremptoires cependant sur leurs connaissances de la violence psychique et de ses implications. Comment, en effet, se montrer empathique et authentiquement bienveillant par rapport à des victimes de formes de violence que l'on trouve peu ou prou acceptables et justifiables par ailleurs, lorsque la question est posée autrement ?

## Conclusion

Il semble donc que cette étude a fait émerger des représentations inconscientes de la violence et de sa justification chez les intervenants, qui ne semblent pas tant justifiées par leur formation respective que par d'autres aspects de leur expérience, comme le rassemblement en trois profils distincts issus des analyses statistiques l'indique, où se mêlent des professionnels de toutes catégories. On rappelle que ces trois profils rassemblent des personnes qui tolèrent la violence, la minimisent et la justifient, adeptes de pratiques éducatives autoritaires, mais aussi laxistes, des personnes prônant aussi une éducation autoritaire, qui tolèrent la violence envers l'enfant dont elles ont une image assez négative, reconnaissant pourtant mieux les manifestations concrètes de violence, et des personnes qui ne tolèrent ni ne justifient la violence envers les enfants, violence dont elles repèrent plutôt bien les manifestations, qui privilégident une éducation libérale fondée sur l'écoute, la compréhension et le respect.

Si l'impact de la profession n'est pas net, on en vient à penser que les différences sont liées au vécu de chacun et à son expérience familiale, comme la théorie de l'attachement nous y invite pour expliquer la représentation de la violence, l'image de soi, l'image d'autrui et celle de leurs relations. Une telle interprétation permettrait de rendre compte de la non-concordance entre catégories d'intervenants et profils de réponses aux questionnaires, qui se ferait alors l'écho du vécu éducatif et du style d'attachement de chacun, plutôt que de sa formation ou de son expérience professionnelle. Cette interprétation permettrait aussi d'expliquer les incohérences relevées entre réponses au questionnaire et entretiens, représentations implicites et explicites.

Dans ce cas, et comme le suggèrent les résultats de l'étude qui font apparaître une certaine incohérence, une indécision, des méconnaisances des besoins de l'enfant, des formations auprès des professionnels concernés apparaissent nécessaires, afin de les sensibiliser à la fois aux

enjeux de la violence faite à l'enfant et aux déterminants de la violence produite par l'enfant. Comme le souligne Guedeney, qui s'est intéressée à cette question de la confrontation des professionnels aux situations d'enfants en danger : « Le but des formations professionnelles est de nous aider à recourir à d'autres stratégies que nos propres stratégies personnelles. Le problème, c'est qu'en cas de stress personnel majeur, ce sont nos stratégies les plus anciennes, et donc les plus automatiques, qui risquent de reprendre le dessus » (Guedeney, 2008, p. 106).

L'intervention auprès d'enfants en danger confronte les professionnels à des situations de stress majeur qu'il faut les aider à gérer au mieux. Mais il est d'abord fondamental qu'ils puissent être au clair avec la définition de la violence, de la violence psychique en particulier, bien plus difficile à repérer que la violence physique, qu'ils soient conscients de son impact et de ses conséquences, et qu'ils soient capables de la repérer dans leur propre expérience.

## **La violence psychique ou la grande méconnue**

La violence psychique a longtemps souffert d'un manque d'études, car elle manquait d'une définition suffisamment claire et précise pour pouvoir être opérationnalisée, c'est-à-dire évaluée objectivement pour une recherche scientifique. Cette carence a été palliée dans les années 1990 et des travaux ont pu être menés, qui ont montré l'impact et les conséquences de cette violence psychique, indépendamment de toute violence physique. Les mauvais traitements psychiques concernent au premier chef ici les enfants, mais touchent aussi bien entendu les adultes, victimes passées ou encore actuelles, voire aujourd'hui devenus agresseurs. À ce titre, la théorie de l'attachement est particulièrement utile pour en comprendre les mécanismes d'évolution et de transmission.

### **Définition de la violence psychique**

En 1995, l'American Professional Society on the Abuse of Children (APSAC) définit les mauvais traitements psychologiques (ou encore appelés « violence psychique » ou « morale ») comme constitués de comportements répétés de la part d'un parent, ou d'un incident extrême, qui font comprendre à l'enfant qu'il ne vaut rien, qu'il n'est pas normal, qu'il n'est pas aimé, que l'on ne veut pas de lui, qu'il est en danger ou que sa seule valeur réside dans la satisfaction par lui des désirs des autres. Sur la base de diverses théories du développement et de l'éducation, dont les travaux de Maslow, les mauvais traitements psychologiques apparaissent comme une atteinte directe aux besoins fondamentaux d'estime de soi, d'amour et d'appartenance, de sécurité et d'équilibre physiologique de l'individu. Le recours au rejet, à la terreur, à l'isolation, à la corruption/exploitation et au refus de réponse

affective constituent les principales catégories de violence psychique repérées par l'APSAC, auxquelles on peut ajouter les négligences sur le plan de la santé ou de l'éducation (Hart et al., 1998).

Le *rejet* s'exprime par le fait de rabaisser l'enfant, de dévaloriser sa personne et ses actes, par le fait de lui faire honte ou de tourner en ridicule ses manifestations normales d'affection, de chagrin ou de peur. Le rejet peut aussi se manifester par le choix systématique d'un enfant comme bouc émissaire à critiquer et à punir, à qui l'on réserve toutes les corvées et qui se voit moins récompensé que les autres. Il peut aussi y avoir humiliation publique. En bref, il s'agit de manifestations verbales ou non verbales, de la part d'un parent ou d'un autre adulte, qui méprisent et dévalorisent l'enfant.

*Terroriser* l'enfant consiste à le menacer ou à avoir des comportements pouvant induire de blesser, tuer, abandonner ou placer l'enfant, des personnes qu'il aime ou des objets auxquels il tient dans des situations objectivement dangereuses. Dans le détail, cela inclut de placer l'enfant dans des contextes imprévisibles, chaotiques ou ouvertement dangereux, de lui fixer des objectifs rigides ou irréalistes en le menaçant de le priver de ce qu'il aime ou de ce dont il a besoin, ou en le menaçant physiquement, en cas d'échec. Cela inclut les menaces directes ou la violence effective envers l'enfant, ou envers des personnes ou des objets auxquels il tient. Cela inclut aussi de tirer parti de ses peurs et de sa vulnérabilité en menaçant de l'isoler, de le rejeter, de lui retirer tout soutien affectif, ou en cherchant à l'exploiter et à le corrompre.

*Isoler* l'enfant revient à l'empêcher de satisfaire ses besoins d'interaction et de communication avec autrui, pairs ou adultes, à l'intérieur ou à l'extérieur du foyer. Des limites abusives peuvent ainsi être fixées quant à sa liberté de mouvement au sein de son environnement courant, ses interactions au sein du foyer peuvent être restreintes, ainsi que celles qu'il est autorisé à avoir à l'extérieur. On peut ainsi lui interdire de sortir et l'isoler à la maison, l'empêchant de jouer avec ses camarades en dehors de l'école.

*Exploiter/corrompre* l'enfant consiste à l'encourager à développer des conduites inappropriées, autodestructrices, antisociales, criminelles, déviantes ou inadaptées. Cela inclut de lui donner en exemple ou de lui permettre la prostitution ou des rôles pornographiques, de l'entraîner dans des activités criminelles, la drogue, ou la violence et la corruption d'autrui. Mais cela inclut aussi de l'inciter à adopter des comportements inappropriés à son bon développement, tels que l'inversion de rôles où c'est lui qui prend soin du parent, devant satisfaire ses besoins ou ses rêves non réalisés, ou encore l'infantilisation où il est, cette fois, empêché de grandir car cela déstabilise trop le parent. Cela consiste encore à encourager ou à contraindre l'enfant à abandonner son besoin

d'autonomie par une implication excessive, l'intrusion ou la domination, par lesquelles ses opinions, ses sentiments et ses souhaits ne sont pas pris en compte, et sa vie complètement dirigée par le parent. Cela consiste enfin à interférer avec son développement cognitif, par hyperstimulation par exemple, ou au contraire à lui imposer des restrictions d'apprentissage.

Le **refus de réponse affective** se manifeste par le mépris des tentatives de l'enfant dans son besoin d'interagir avec le parent sur le plan affectif, par le manque d'expression d'affection, de souci et d'amour envers lui, et par l'absence de manifestations émotionnelles. Il se concrétise par un certain détachement et un manque d'implication, limitant les interactions au strict nécessaire, de manière objective et concrète.

Les **négligences médicale et éducative** correspondent à l'absence ou au refus de soins physiques ou psychiques, et de scolarisation de l'enfant.

## Conséquences de la violence psychique

De nombreuses études ont montré que les mauvais traitements psychiques peuvent avoir pour conséquences des troubles de l'alimentation, le mensonge et le vol, des problèmes d'énurésie et d'encoprésie, une estime de soi faible et une image de soi négative, une instabilité ou des troubles émotionnels, un appauvrissement affectif, une incapacité à devenir indépendant et à se réaliser pleinement, un manque de confiance en autrui, la dépression, la prostitution, le suicide, l'homicide et une incapacité à se développer normalement (Hart et al., 1998).

De tels symptômes semblent ne concerner qu'une marge de la population, et pourtant les problèmes de gestion émotionnelle qu'engendre une violence psychique passée inaperçue de tous, et en particulier de la victime, produisent des profils de réactions des plus courants, qui ont tendance à se transmettre d'une génération à l'autre. Par exemple, lorsqu'un enfant s'entend dire, chaque fois qu'il commet une erreur, qu'il est nul, qu'il ne comprend rien et que c'est un incapable, rapportant l'erreur de comportement à une caractéristique de sa personne, dans une colère du parent ou de l'enseignant souvent excessive par rapport à la faute commise, il est rapidement convaincu d'être un moins que rien, responsable de toutes les erreurs de la terre, et il s'attend à provoquer la colère d'autrui quasiment en permanence.

Devenu adulte, il se montre anxieux à l'idée d'entreprendre des activités nouvelles, d'intervenir face à un auditoire, car il a très peur de faire des erreurs et de se rendre ridicule. Lorsqu'une erreur lui est reprochée ou qu'on lui pose une question pouvant indiquer qu'il y a un problème, soit il se sent attaqué et répond avec agressivité, en faisant porter

la responsabilité à quelqu'un d'autre ou en disant immédiatement que ce n'est pas de sa faute, soit il se soumet, pétrifié de peur et incapable de réfléchir pour trouver une solution constructive. Dans tous les cas, il est incapable de dire qu'il est désolé et d'admettre ouvertement qu'il a fait une erreur, car c'est sa personne, voire sa survie qui sont en jeu, et non un simple problème objectif et soluble en tant que tel. De la même façon, il supporte très mal que quelqu'un se mette en colère après lui ou après d'autres, même si cette colère est légitime dans la situation. Cette personne aura donc les plus grandes difficultés à se faire respecter, dans son univers professionnel par exemple, et à imposer des limites, en particulier à ses enfants, ou au contraire elle passera pour quelqu'un d'irascible, ou d'une agressivité imprévisible. Elle aura en effet une perception biaisée de la colère qu'elle ne saura pas gérer tant chez elle-même que chez autrui.

La transmission intergénérationnelle, quant à elle, intervient soit par une duplication de la rigueur parentale de la précédente génération, soit plus fréquemment aujourd'hui, semblerait-il, par un excès inverse d'absence d'autorité nette envers l'enfant, alternant avec des colères intenses quand la situation devient ingérable faute d'avoir été suffisamment cadrée préalablement. Ces épisodes de colère rentrée, puis explosant brutalement ou se manifestant par des sarcasmes ou une ironie froide, sont généralement accompagnés de culpabilité, voire de profonds sentiments d'impuissance et de désespoir, qui finissent par se traduire en somatisation chez le parent. Pour l'enfant, le rabaisser et l'humilier, ne pas valoriser sa personne et ce qu'il fait de bien, sous prétexte par exemple que les compliments sont superflus car bien faire doit être la norme, est une atteinte à ses besoins fondamentaux, besoins de se voir soutenu, compris, apprécié et aimé, de se sentir important aux yeux des autres, base de l'estime de soi positive. À l'inverse, laisser libre cours à toutes ses fantaisies, ne lui fixer aucune limite sous prétexte de ne pas entraver sa liberté et sa créativité revient également à lui retirer le soutien dont il a besoin, la sécurité d'un étayage qui lui permettra de se développer dans de bonnes conditions, base aussi d'une estime de soi positive et du respect d'autrui. Dans les deux cas, la non-prise en compte des besoins développementaux de l'enfant a immanquablement des conséquences comportementales et relationnelles repérables à l'âge adulte, voire bien avant.

Bowlby insistait déjà sur ces mécanismes dans les années 1950 et 1960, qui ont vu l'élaboration de sa théorie de l'attachement, à laquelle les travaux de l'APSAC font aussi référence. En France, Guedeney a récemment repris cette perspective, et en particulier l'impact de l'inversion de rôle, pour rendre compte de certaines réactions des professionnels de l'aide, qui peuvent expliquer les réponses paradoxales rencontrées dans notre étude.

## Les modèles d'attachement individuels comme explications des résultats de l'étude

Guedeney rappelle ainsi, dans un article de 2008 portant sur les émotions négatives des professionnels de l'enfance confrontés à la situation de placement, que la relation aidant-aidé active le système de soins de l'intervenant, directement lié à ses propres caractéristiques d'attachement. Sur 1500 travailleurs sociaux, une étude a montré que les deux tiers rapportent un passé d'inversion de rôle par rapport à leurs parents ou de pacificateur des conflits conjugaux. Une autre étude portant sur des étudiants en médecine comparés à des étudiants d'autres disciplines montre que les premiers font état, plus que les autres, d'une enfance instable avec des parents soit hyperprotecteurs, soit distants. Enfin, comparés à des professionnels non soignants, les psychothérapeutes rapportent davantage d'expériences précoces difficiles et de négligence affective, avec une incidence particulière de parentification (inversion de rôle).

De telles expériences conduisent au « *caregiving* » compulsif, selon l'expression même de Bowlby (1988), qui se manifeste par un besoin de s'occuper sans cesse d'autrui au travers d'activités professionnelles et/ou associatives, sans jamais s'occuper de soi, sans exprimer de détresse, ni de besoin d'aide ou de réconfort (ceci entraînerait honte et culpabilité). Selon Guedeney, la prédominance d'une telle attitude est nettement repérable chez les psychologues cliniciens, chez qui l'on observe aussi une majorité de styles d'attachement insécurisés. Ainsi, en prenant soin d'autrui, le professionnel parentifié dans son enfance prend aujourd'hui soin de lui-même, mais à distance. Il gagne en outre une reconnaissance officielle de sa fonction, reconnaissance rarement obtenue dans sa famille d'origine.

Dans ce contexte, les réactions face à l'enfant présumé victime de mauvais traitements, physiques et/ou psychiques, sont aisément biaisées inconsciemment par le vécu personnel de l'intervenant. La confrontation à des situations de non-respect des besoins de l'enfant peut renvoyer à des contextes semblables du passé du professionnel et à ses modèles de soi, d'autrui et du monde, qui n'ont pas forcément été abordés en tant que tels en thérapie personnelle, s'il en a fait une. Le risque est alors de « ne rien voir », de laisser la situation perdurer en se disant que l'enfant finira bien par s'en sortir exactement comme l'intervenant s'en est lui-même sorti, et de trouver des excuses aux parents qui, finalement, aiment leur enfant. Ne rien voir, faire comme si ce n'était pas grave et que ça n'avait pas d'importance est justement la stratégie à laquelle ont recours les enfants dont les besoins ne sont pas satisfaits, pour ne pas trop souffrir, s'adapter, et faire avec ou plutôt sans, et ces mécanismes de défense perdurent à l'âge adulte.

Par ailleurs, se trouver en situation de devoir faire un signalement et risquer que l'enfant soit retiré à ses parents réveillent à coup sûr les

mécanismes d'attachement du professionnel, avec d'éventuelles problématiques non résolues associées par exemple à un passé où faire plaisir à ses parents, répondre et satisfaire leurs besoins a été une stratégie de survie et d'acceptation au sein de sa famille d'origine. La négation de sa propre détresse d'enfant risque alors de rendre l'intervenant aveugle à la détresse de l'enfant pour lequel il doit faire un choix. Il risque aussi d'être plus sensible à la détresse des parents qu'à celle de l'enfant, détresse souvent mêlée de colère, de reproches et de violence, lui rappelant le comportement de ses propres figures d'attachement que l'inversion de rôles l'a conduit à protéger et à ne pas juger.

Pour reprendre les termes de Guedeney : « Combien de fois hésitons-nous à faire un signalement parce que nous avons peur, disons-nous, que les parents rompent l'alliance avec nous (ne s'agit-il pas plutôt d'une ancienne frayeur de perdre le lien avec nos propres Figures d'Attachement) ? Ou bien parce que nous avons peur de la violence qui pourrait se déclencher (revivre le vécu intolérable de recevoir une réponse qui nous terrorisait quand nous nous sentions vulnérables) ? Ou encore parce que nous avons soudain l'intime conviction que faire un signalement va mettre le parent en danger d'effondrement ou en risque suicidaire (quand nous croyions que plus jamais notre parent, paralysé par on ne sait quelle influence mystérieuse, inaccessible, impuissant, ne retrouverait sa capacité à nous protéger) ? » (Guedeney, 2008, p. 114-115).

Demander un placement est le plus souvent vécu par le professionnel comme un éprouvant dilemme, où il devient très difficile de peser le pour et le contre, où maltraitance et négligence peuvent alterner avec des relations positives, et où le risque est grand pour l'intervenant de s'identifier aux parents en préférant atténuer le négatif qui nuit pourtant à l'enfant. Le risque est grand aussi pour lui de se décourager et de se sentir impuissant à proposer des solutions véritablement efficaces, et donc de se dire que le signalement ne servira à rien, qu'il pourra même empirer la situation, venant rompre la relation fragile tissée avec les parents, que le consensus actuel vise à maintenir coûte que coûte, sauf cas de maltraitance patente.

Les situations sont donc plus simples dans les cas de violence physique grave où le questionnement est moindre que dans les cas de violence psychique, si mal connue et si difficile à identifier, car si elles marquent l'âme, elles ne laissent aucune trace immédiate visible dans la chair. Le professionnel doit alors être parfaitement au clair avec lui-même, son propre passé, les besoins développementaux qui n'ont pas été satisfaits chez lui, pour pouvoir être en empathie avec l'enfant dont il s'occupe et prendre les mesures adéquates, même si elles sont simplement éducatives vis-à-vis des parents. Comment en effet conseiller des parents pour qu'ils veillent au mieux aux besoins de leur enfant, si l'on n'est pas sûr soi-même de la façon de s'y prendre concrètement, pour éviter toute violence psychique par exemple, car on ne sait pas

bien ce que cela recouvre et quels sont les risques encourus, et que l'on ne se rend pas compte que l'on en a soi-même souffert ?

Les risques sont entre autres ceux de la violence des enfants eux-mêmes, passant de victimes à bourreaux, comme le souligne Bowlby dans un texte sur la violence en famille, qu'il prend soin de ne pas limiter aux foyers dits défavorisés. Il y insiste sur la violence pour l'enfant de l'inversion de rôles, dans des familles où personne ne hausse le ton, où tout semble si parfait, et pourtant...

*« My reasons for giving so much attention to these observations of young children will, I am sure, be apparent. They show with unmistakable clarity how early in life certain characteristic patterns of social behaviour – some hopeful for the future, others ominous – become established. They leave no doubts either about what types of family experience influence development in one direction or another. Again and again, we see details in the behaviour of a toddler, or in what he says, that are plainly straight replicas of how that toddler has himself been treated. Indeed the tendency to treat others in the same way that we ourselves have been treated is deep in human nature; and at no time is it more evident than in the earliest years. All parents please note! » (Violence in the family, Bowlby, 1988, p. 91)*

« Les raisons pour lesquelles j'ai accordé autant d'attention à ces observations de jeunes enfants apparaissent, je pense, clairement. Elles montrent avec une évidence indiscutable que des comportements sociaux caractéristiques – de bon ou de mauvais augure pour l'avenir – se mettent en place très tôt. De plus, elles ne laissent aucun doute quant aux types d'expérience familiale qui influencent le développement dans un sens ou dans l'autre. On voit sans cesse des éléments dans le comportement d'un petit enfant, ou dans ses propos, qui sont sans équivoque des répliques strictes de la manière dont il a, lui-même, été traité. Il est de fait typiquement humain de traiter les autres de la même façon que nous avons nous-mêmes été traités ; et à aucun moment, ceci n'apparaît plus clairement que dans les plus jeunes années. Parents, s'il vous plaît, souvenez-vous-en tous<sup>2</sup> ! »

---

2. Traduction d'Yvane Wiart.

# En guise de conclusion : les recommandations

Pierre G. Coslin, Brigitte Tison

---

Cette étude visait à mettre au jour quelles étaient les théories implicites des professionnels et dans quelle mesure elles étaient susceptibles d'influencer leur perception et leur analyse des situations d'enfants en danger. Notre objectif avait pour origine l'analyse de la littérature scientifique qui montre que les pratiques éducatives parentales sont en grande partie fondées sur les représentations de l'enfant et de son éducation. Or, nous avons constaté que les professionnels rencontrés avaient des représentations plutôt dispersées, des théories peu construites, faiblement élaborées et bien peu explicitables, donnant parfois l'impression que nous sommes au sein d'une société de rôles professionnels et non pas de compétences professionnelles : une société où, par exemple, les psychologues n'auraient pas des compétences différentes de celles des gendarmes, les travailleurs sociaux de celles des enseignants, où l'on ne trouve que peu de différences entre les « qualifiés » et les « non-qualifiés », où la méconnaissance fonderait les connaissances. Cette absence de cadre construit est telle que, dans bon nombre de cas, les intervenants en arrivent même à douter de la nécessité de rappeler l'existence de limites.

Si l'image de la bientraitance émergeant des entretiens est en relative cohérence avec les comportements parentaux valorisés et les traits privilégiés chez l'enfant, si celle de la maltraitance est correctement ciblée dans les entretiens, les travaux exposés n'en ont pas moins permis de constater que certaines méconnaissances apparaissent quand on compare entretiens et questionnaires. De troublantes dissonances se font jour.

C'est ainsi que, dans les entretiens, les assistantes sociales accentuent le besoin de respect et de protection de l'enfant et sont sensibles à la violence psychique, mais considèrent, dans les questionnaires, que les

enfants ne respectent plus les parents et qu'une fessée ne fait de mal à personne.

De même, au niveau des questionnaires, si de nombreux écouteurs désapprouvent la fessée et les corrections, un quart d'entre eux ne jugent pas violent de menacer un enfant de lui faire du mal. Plus d'un quart minimisent la violence de lui donner des ordres en criant, et près de 1 sur 2 ne trouve pas violent de l'empêcher de parler aux voisins.

Il existe également un hiatus chez les enseignants entre leur reconnaissance globale de l'impact de la violence psychologique rapportée dans les entretiens et la quasi-méconnaissance de la violence relevée dans certaines réponses aux questionnaires.

Il apparaît encore une part d'incohérence dans le fait que les gendarmes ne soient pas très nombreux à valoriser les pratiques éducatives autoritaires, à l'exception des punitions en cas de mauvais résultats scolaires qu'ils sont seuls à approuver massivement, alors qu'ils minimisent nettement la violence subie par les enfants.

Il faut également relever le taux important de réponses indécises, par lesquelles les professionnels ne se prononcent pas, soit qu'ils n'aient pas la réponse, soit qu'ils évitent de la donner. Ainsi, 1 médecin ou 1 assistante sociale sur 3 ne s'exprime pas quant au fait que les enfants ne respectent plus leurs parents, tout comme 30 % des assistantes sociales et des psychologues à propos de l'absence de limites des enfants, et pas loin d'un quart des assistantes sociales, médecins, écouteurs et enseignants, voire 30 % des gendarmes, en ce qui concerne le fait que les enfants mentent facilement.

Cette indécision semble en relation avec la nature des violences évoquées, concernant particulièrement les violences psychologiques. De tels résultats sont étonnantes car même s'ils s'avèrent minoritaires, ils émanent de professionnels dont la tâche est de protéger l'enfant. N'y a-t-il pas là manifestation d'un manque de reconnaissance de cette violence psychique, qui, bien que moins connue, présente une dangerosité certaine, car elle touche à la dévalorisation de l'enfant, à la non-reconnaissance de sa personne et de ses capacités, et peut obérer la construction de son identité et de sa bonne estime de soi ?

En revanche, en accord avec les conceptions contrastées de la nature humaine chères à Karen Horney, on relève une certaine cohérence entre l'attribution de la violence à la responsabilité de l'enfant présente dans quelques entretiens et les réponses de même type dans les questionnaires, ou encore à propos de la « gifle éducative » quand « l'enfant le mérite » évoquée dans les entretiens et la relativisation manifestée par quelques-uns quant à la violence subie par l'enfant en risque « qui n'est pas pour autant maltraité ». Ainsi, les représentations explicites d'un enfant perçu positivement cohabitent chez certains avec des théories implicites valorisant son contrôle, fût-il parfois violent.

Il semble ainsi que cette étude fait émerger des représentations de la violence et de sa justification chez les professionnels, qui sont moins justifiées par leur formation respective que par certains aspects de leur propre vécu et de leur expérience familiale, qui permettent de les rassembler selon les trois profils issus des analyses statistiques que Wiart et Coslin évoquent au chapitre 12 :

- d'aucuns tolèrent la violence, la minimisent et la justifient, adeptes qu'ils sont de pratiques éducatives autoritaires pour certains et laxistes pour d'autres ;
- d'autres prônent également une éducation autoritaire, tolérant relativement la violence envers un enfant dont ils ont une image assez négative, conscients cependant des manifestations concrètes de violence ;
- d'autres, enfin, ne tolèrent ni ne justifient la violence envers les enfants, privilégiant une éducation libérale.

Mais, comme le montrent les entretiens réalisés avec certains d'entre eux, la plupart en sont conscients et leur demande est à la proportion du manque. Une mise en place de formations qui réponde à ces besoins s'avérerait donc, semble-t-il, des plus souhaitables. De telles formations, comme le rappellent Wiart et Coslin, à partir des travaux de Guedeney (2008), leur permettraient de recourir à d'autres stratégies que les leurs propres.

La loi du 10 juillet 1989 relative à la prévention des mauvais traitements à l'égard des mineurs et à la protection de l'enfance rendait déjà obligatoire la formation continue des professionnels médicaux et paramédicaux, des travailleurs sociaux, des magistrats, des enseignants et du personnel de police et de gendarmerie. Mais cette obligation était loin d'être systématiquement respectée, comme l'a montré une enquête effectuée dans le Nord-Pas-de-Calais mettant au jour que 56 % de ces professionnels n'avaient reçu aucune formation (Cothenet, 2004). La mise en place de formations qui associent l'ensemble des professionnels susceptibles d'intervenir auprès de l'enfance en danger est cependant une nécessité. Elle permettrait de proposer à la fois des critères de repérage de la maltraitance, des causes de décès et de signalement ainsi que des procédures de complémentarité des actions (Guillet, 2004).

La loi 2007 renforce cette mise en place d'une formation continue pour tous les professionnels, instaure des formations multidisciplinaires regroupant des personnes exerçant des métiers différents et une formation spécifique pour les cadres de la protection de l'enfance.

Ces formations sont multiples tant par leurs programmes que par leurs objectifs. Ainsi, elles doivent intégrer la reconnaissance, la gestion et le suivi des actes de violences familiales. Les médecins ont en effet un rôle important à jouer, mais ils sont peu formés à ce problème. Leur formation professionnelle sur le thème des violences familiales est quasi inexistante, d'où leur grande difficulté à les repérer et à les prendre en charge.

En particulier, ils ignorent comment mettre en action les structures sociales et associatives susceptibles de venir en aide aux couples concernés.

La réalisation de formations peut également contribuer à mieux repérer les cas de maltraitance avérée, par exemple concernant le dépistage des traumatismes intentionnels dans le cadre des urgences hospitalières où, trop souvent, des lésions d'origine intentionnelle sont présentées comme des traumatismes d'origine accidentelle. Il en résulte une sous-évaluation des maltraitances physiques que nombre de professionnels n'identifient pas comme telles, comme le montre une étude réalisée par l'unité 502 de l'Inserm qui relève que 9 % de décès considérés comme suspects n'entraînent aucune information des services de la Protection maternelle et infantile (PMI) ou de la police.

La mise en place de lieux de rencontre entre les différents intervenants de l'enfance en danger permettrait aussi un meilleur traitement des situations, du fait d'une meilleure connaissance des partenaires avec lesquels chacun est appelé à communiquer dans l'intérêt de la prise en charge des victimes afin, par exemple, de permettre à ces dernières de ne plus avoir honte de se manifester, d'être soignées et de se faire aider.

De même, ceux qui sont témoins de maltraitance ne doivent pas craindre d'aider les victimes, fût-ce en signalant les faits aux autorités. La loi sur l'accueil et la protection de l'enfance adoptée le 18 décembre 2003 permet ainsi aux médecins de ne plus encourir de sanctions disciplinaires lorsqu'ils lèvent le secret médical pour signaler des cas de maltraitance. Il faut que les auteurs de violences prennent conscience qu'ils peuvent être sanctionnés pour leurs actes mais aussi qu'ils peuvent être aidés pour modifier leur comportement (Guillet, 2004).

Enfin, la violence psychique semblant insuffisamment prise en compte, il serait nécessaire que des formations en apportent une définition claire, facilitant son repérage en situation. Il faudrait ainsi insister sur les effets particulièrement négatifs sur l'enfant de tout ce qui touche à la dévalorisation de sa personne et de ses actes, de ce qu'il peut percevoir comme une menace, de ce qui empêche la satisfaction de ses besoins d'interactions et de ce qui l'exploite ou le corrompt. Prendre en compte, enfin, le caractère néfaste des négligences parentales, qu'elles soient d'ordre affectif, éducatif ou du domaine des soins élémentaires.

Quatorze propositions de formations permettraient, ce nous semble, de répondre aux principaux besoins qui ressortent de cette étude. Chacune pourrait intéresser les différents professionnels. Certaines sont cependant plus spécifiquement orientées vers telle ou telle catégorie d'intervenants.

Plusieurs formations concernent l'ensemble des professionnels. Il s'agit de formations qui pourraient se faire sous forme de cours académiques et d'ateliers de pratiques professionnelles. Il a été constaté

chez de nombreux intervenants des lacunes concernant la définition de la violence à enfant et de ses caractéristiques, quand ce n'est pas sa justification. Wiart et Coslin ont alors relevé qu'il était fondamental que ces professionnels soient au clair avec la définition de la violence, et plus particulièrement de la violence psychique, de son impact et de ses conséquences, et qu'ils soient capables de la repérer dans leur propre expérience. Leurs connaissances relatives à l'enfant s'avèrent également lacunaires en ce qui concerne ses besoins psychosociaux ou à propos des pratiques éducatives parentales.

Il s'agirait de mettre en place :

- des formations relatives au développement de l'enfant, à ses besoins en matière de liens d'attachement et de liens sociaux (écoute, soutien, compréhension), mettant en avant le caractère non violent qui doit présider à son éducation tant au sein de la famille que de l'institution scolaire ;
- des formations portant sur les deux dimensions qui se combinent étroitement pour engendrer les pratiques éducatives : la sécurité et le contrôle, afin de promouvoir les liens familiaux et la compréhension indissociables de la mise en place de limites et de règles protectrices, et l'autorité justifiée antithétique de l'autoritarisme ;
- des formations faisant prendre conscience des effets néfastes des négligences, des privations et des violences psychologiques sur le développement des enfants et proposant un certain nombre de moyens d'y faire face ;
- des formations relatives aux mécanismes de la violence et à son vécu transgénérationnel ;
- des formations portant sur la maltraitance – ses différentes formes, ses mécanismes, les indices permettant de repérer la maltraitance psychologique, de repérer les abus sexuels, etc.

Le manque de communication entre les différents intervenants, mais aussi au sein d'une même catégorie de professionnels, a également été évoqué.

Concernant l'ensemble des professionnels, la mise en place de tables rondes interprofessionnelles permettrait aux travailleurs confrontés à des situations d'enfants en danger de se rencontrer, de s'écouter, d'avoir une approche décloisonnée des problématiques et d'ouvrir leur horizon à d'autres réalités, représentations et formes de pratiques. Ces groupes réuniraient, selon les besoins, enseignants, juristes, éducateurs spécialisés, assistants des services sociaux, infirmières, psychologues scolaires, médecins scolaires, animateurs de centres de loisirs, représentants d'associations, médiateurs interculturels, etc.

D'autres formations seraient plus spécifiques à certaines professions en fonction des manques relevés ou des demandes effectuées de leur part.

- Les écoutants de téléphonie médico-sociale, les médecins et les psychologues pourraient ainsi bénéficier de :
  - formation aux outils, méthodes et techniques d'analyse des situations de maltraitance, à l'entretien (avec les parents en situation de maltraitance, avec les enfants victimes), à l'entretien familial, aux techniques de médiation ;
  - formation aux psychopathologies de l'adulte comme facteur de maltraitance.
- Certaines formations concerneraient plutôt les enseignants, les assistants des services sociaux et les psychologues : formation à l'interculturalité, aux négociations et à la médiation interculturelle.
- D'autres encore seraient destinées aux écoutants de téléphonie médico-sociale, aux enseignants, aux médecins, aux psychologues et aux assistants des services sociaux :
  - formation sociojuridique : valeurs sociétales et culturelles, responsabilité, obligations légales ;
  - formation relative à l'éthique et à la déontologie, aux notions de secret professionnel, de secret partagé, etc. ;
  - formation juridique : obligations de la loi, droits et devoirs des professionnels, droits de l'enfant, circuits de l'information et du signalement, procédures à engager, structures relais, etc.
- On pourrait également prévoir pour les médecins et les psychologues la mise en place de groupes de réflexion à partir d'études de cas, de cellules locales pour gérer les situations d'urgence, pour faciliter les échanges, de supervisions, et d'analyses de pratiques. Une bonne méthodologie d'études serait de partir d'un cas de maltraitance et d'interroger tous les intervenants, mais aussi de travailler sur des entretiens avec des enfants maltraités que l'on interroge sur leur perception des intervenants.

On pourrait aussi mettre en place des groupes de réflexion concernant le cadre de travail et l'accueil des personnes ainsi que la prévention, tant pour les écoutants de téléphonie médico-sociale que pour les médecins et les psychologues.

De telles formations pourraient, nous semble-t-il, apporter aux professionnels confrontés à des enfants en risque les connaissances dont ils ont manifesté le manque au cours des entretiens ou dont l'absence point à travers le croisement de leurs réponses aux questionnaires avec leurs discours. Elles permettraient également de remédier aux biais inconscients susceptibles de résulter de leur vécu et/ou de leur problématique personnelle mal résolue.

## Bibliographie

- Ainsworth M.D. (1962). Deprivation of maternal care : a reassessment of its effects. *Public Health Papers*, 14. Genève : World Health Organization.
- Anderson, C.A. (1995). Implicit personality theories and empirical data : biased assimilation, belief perseverance and change, and covariation detection sensitivity. *Social Cognition*, 13(1), 25–48.
- Ariès, P. (1960). *L'enfant et la vie familiale sous l'ancien régime*. Paris : Plon.
- Aronson, E. (1988). *The social animal*. New York : Freeman.
- Aubry J., & Appell G. (1955). Les effets de la carence affective et de la stabulation hospitalière. Film sonore 16 mm.
- Baumrind, D. (1971). Current patterns of parental authority. *Developmental Psychology Monographs*, 4, 1–103.
- Beauvois, J.-L. (1984). *La psychologie quotidienne*. Paris : PUF.
- Belsky, J. (1999). Interactional and contextual determinants of attachment security. In J. Cassidy & P.R. Shaver (Eds), *Handbook of attachment : theory, research and clinical applications* (pp. 249–264). New York : The Guilford Press.
- Berger, M. (2005). *Ces enfants qu'on sacrifie*. Paris : Dunod.
- Bourcet, C. (1997). Valorisation et dévalorisation de soi en milieu scolaire : pour une approche psychopédagogique humaniste. *L'orientation scolaire et professionnelle*, 26(3), 315–333.
- Bourdieu, P. (1992). *Réponses*. Paris : Seuil.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base : Clinical applications of attachment theory*. Londre : Routledge.
- Cartron, A. & Winnykamen, F. (1999). *Le développement des relations sociales chez l'enfant, genèse, développement, fonctions*, 2<sup>e</sup> éd. Paris : Armand Colin.
- Chamberland, C., Fortin, A. & Laporte, L. (2007). Establishing a relationship between behavior and cognition : violence against women and children within the family. *Journal of Family Violence*, 22(6), 383–395.
- Clément, M.E., Bouchard, C., Jetté, M. et al. (2000). *La violence familiale dans la vie des enfants du Québec, 1999*. Québec : Institut de la Statistique du Québec.
- Clément, M.-E., Chamberland, C., Côté, L. et al. (2005). *La violence familiale dans la vie des enfants du Québec, 2004*. Québec : Institut de la statistique du Québec.
- Clément, R. (1985). La discussion. *Cahiers du nouveau-né*. Paris : Stock.
- CLIPP. (2009). *Les mauvais traitements psychologiques envers les jeunes enfants*. [http://www.clipp.ca/1/attachments/Bilans\\_de\\_connaissance/Mauvais\\_traitements\\_psychologiques\\_bilan\\_complet.pdf](http://www.clipp.ca/1/attachments/Bilans_de_connaissance/Mauvais_traitements_psychologiques_bilan_complet.pdf).
- Coen, A. (2001). La maltraitance : du visible à l'invisible. In J. Torrente (Ed), *La maltraitance : regards pluridisciplinaires* (pp. 183–189). Revigny-sur-Ornain : Hommes et perspectives.
- Collège de pédopsychiatrie de la Fédération française de psychiatrie. (2006). Référentiel d'observation pour le repérage précoce des manifestations de souffrance psychique et des troubles du développement chez l'enfant et l'adolescent à l'usage des médecins. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 54, 391–395.

- Corbet E. (2000). Les concepts de violence et de maltraitance. *ADSP*, 31, CREAI – Rhône, Alpes.
- Coslin, P.G., Hansen, J., Tison, B. & Wiart, Y. (2010). Les professionnels face à l'enfance en danger : savent-ils correctement repérer la violence sous toutes ses formes ?, Symposium présenté aux Entretiens francophones de la psychologie, FFPP, FBP, FSP, Paris.
- Coslin P.G., & Wiart Y. (2009). Quand « mes connaissances » font méconnaissance : influences des théories implicites d'intervenants professionnels dans la perception et l'analyse des situations d'enfants en danger. 3<sup>e</sup> Colloque Psychologie et Psychopathologie de l'enfant : Aux sources de la violence de l'enfance à l'adolescence. FFPP : Paris. 2<sup>nd</sup> prix au palmarès des meilleurs posters du colloque.
- Coslin, P.G., Bonnet, P., Cartron, A., et al. (2008). Les professionnels face à l'enfance en danger. Journée scientifique ONED, Université Paris Descartes.
- Cothenet, S. (2004). *Faire face à la maltraitance infantile : formation et compétences collectives*. Paris : L'Harmattan.
- Cyrulnik, B. (2005). Préface. In H. Desmet & J.-P. Pourtois (Eds), *Culture et Bien-traitance* (pp. 5–8). Bruxelles : De Boeck.
- David, M. & Appell, G. (1962). Étude des facteurs de carence affective dans une pouponnière. *Psychiatrie de l'enfant*, 2, 407–442.
- De Becker, E. (2008). Réalités et représentations dans les situations de maltraitance à enfants. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 56(7), 422–429.
- Dejours, C. (1993). *Travail, usure mentale*. Paris : Centurion/Bayard.
- Depanfilis, D. & Scannapieco, M. (1994). Assessing the safety of children at risk of maltreatment : Decision making models. *Child Welfare*, 73, 229–245.
- Dolto, F. (1985). *La cause des enfants*. Paris : Stock.
- Dubois, N. (1994). *La norme d'internalité et le libéralisme*. Grenoble : PUG.
- Duhamel, M. & Fortin, A. (2004). Justification de la violence envers l'enfant chez des mères victimes de violence conjugale. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 23(1), 47–63.
- Dumas, J.E. (1999). *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent*. Bruxelles : De Boeck.
- Durning, P. (1995). *Éducation familiale, acteurs, processus et enjeux*. Paris : PUF.
- Durrant, J.E. (1999). Evaluating the success of Sweden's corporal punishment ban. *Child Abuse & Neglect*, 23(5), 435–448.
- Dweck, C. & Elliott, E.S. (1983). Achievement motivation. In E.M. Hetherington & P.H. Mussen (Eds), *Handbook of child psychology : socialisation, personality, and social development* (pp. 643–691). New York : Wiley.
- Elliott, E.S & Dweck, C. (1988). Goals : An approach to motivation and achievement. *Journal of personality and social psychology*, 54, 5–12.
- Emery, R.E. (1989). Family violence. *American psychologist*, 44, 321–328.
- Emiliani, F., Zani, B. & Carugati, F. (1981). From interaction strategies to social representations of adults in day nursery. In W.P. Robinson (Ed), *Communication in development* (pp. 89–107). New York : Academic Press.
- Fénélon, G. (1998). *Le syndrome de Münchhausen*. Paris : PUF.
- Fincham, F.D. & Schultz, T.R. (1981). Intervening causation and the mitigation of responsibility for harm. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 20, 113–120.
- Flamand, F. (2001). Premières Assises de la bientraitance. *Introduction. Association Enfance au quotidien*. Paris : Institut de la bientraitance.
- Fortin, A. (1994). *Mesure de la justification de la violence envers l'enfant : rapport final*. Montréal : Département de Psychologie, Université de Montréal.

- Fortin, A. (1995). Développement d'une mesure de la justification de la violence envers l'enfant. *International Journal of Psychology*, 30(5), 551–572.
- Fortin, A. & Lachance, L. (1996). Mesure de la justification de la violence envers l'enfant : Étude de validation auprès d'une population québécoise. *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, 31, 91–103.
- Fortin, A., Chamberland, C. & Lachance, L. (2000). La justification de la violence envers l'enfant : un facteur de violences. *La Revue internationale de l'Éducation familiale*, 4(2), 5–34.
- Freud, A., Goldstein, J. & Solnit, A.J. (1980). *Dans l'intérêt de l'enfant, vers un nouveau statut de l'enfant*. Paris : ESF.
- Freud, S. (1929). *Le Malaise dans la culture*. (1995), Paris : PUF.
- Gabel, M. (2002). *Enfances en danger*. Paris : Fleurus.
- Gabel M. (2006). Les professionnels de l'enfance à l'épreuve des liens. [www.arsinoe.org/docs/professionnels\\_lien.pdf](http://www.arsinoe.org/docs/professionnels_lien.pdf).
- Garland, C. & White, S. (1980). *Children in days nurseries*. Londres : Grant McIn-tyre Ltd.
- Garrigue-Abgrall, N. (2005). Critique du concept de la bientraitance. *Éthique et santé*, 2(3), 133–137.
- Garrison, E.G. (1987). Psychological maltreatment of children : An emerging focus for inquiry and concern. *American Psychologist*, 42(2), 157–159.
- Gignon, M., Manaouil, C., Verfaillie, F. et al. (2009). Suspicion de maltraitance à enfant : une situation périlleuse pour le médecin ? *Presse médicale*, 34, 344–345.
- Giuliani, F. (2005). L'ordre pactisé de la relation d'accompagnement : analyse d'un dispositif d'aide à la parentalité. In J. Ion, J.-B. Pommier & C. Laval (Eds), *Travail social et souffrance psychique* (pp. 125–159). Paris : Dunod.
- Goodnow, J.J. (1988). Parents' ideas, actions, and feelings : models and methods from developmental and social psychology. *Child Development*, 59, 286–320.
- Gruyer, F., Nisse, M. & Sabourin, P. (1991). *La violence impensable*. Paris : Nathan.
- Guedeney, N. (2008). Les émotions négatives des professionnels de l'enfance confrontés à la situation de placement : L'éclairage de la théorie de l'attachement. *Devenir*, 20(2), 101–117.
- Guillet, P. (2004). *Rapport Violences et santé*. Paris : Haut Comité de la Santé publique.
- Hall, G.C.N. & Crowther, J.H. (1991). Psychologists' involvement in cases of child maltreatment : Additional limits of assessments methods. *American Psychologist*, 46(1), 79–80.
- Hart, S.N. & Brassard, M.R. (1987). A major threat to children's mental health : Psychological maltreatment. *American Psychologist*, 42(2), 160–165.
- Hart, S.N., Binggeli, N.J. & Brassard, M.R. (1998). Evidence for the effects of psychological maltreatment. *Journal of Emotional Abuse*, 1(1), 27–58.
- Heider, F. (1958). *The psychology of interpersonal relations*. New York : Wiley.
- Hirsjärvi, S. & Perälä-Littunen, S. (2001). Parental beliefs and their role in child-rearing. *European Journal of Education*, 16(1), 87–116.
- Horney, K. (1951). *Neurosis and human growth : The struggle toward self-realization*. New York : Norton & Company.
- Huyette, M. (1999). *Guide de protection juridique des enfants*. Paris : Dunod.
- Ion, J., Pommier, J.-B., Laval, C. et al. (2005). *Travail social et souffrance psychique*. Paris : Dunod.
- Ionescu, S. et al. (2006). La maltraitance infantile : que nous apprennent les journaux des différents pays ? In S. Ionescu & C. Jourdan-Ionescu (Eds),

- Psychopathologies et société, traumatismes, événements et situations de vie* (pp. 19–56). Paris : Vuibert.
- Jetté, M., Bouchard, C. & Clément, M.-E. (1999). La violence familiale dans la vie des enfants. In M.-E. Clément, C. Bouchard, M. Jetté et al. (Eds), *La violence familiale dans la vie des enfants du Québec*. Montréal : GRAVE – UQUAM.
- Johnson, W. & Clancy, T. (1988). *A study to find improved methods of screening and disposing of reports of child maltreatment in the emergency program in Alameda County, California*. Oakland : Alameda County Social Services.
- Jones, E.E. & Harris, V.A. (1967). The attribution of attitudes. *Journal of Experimental Social Psychology*, 3, 1–24.
- Kaplow, J.B. & Widom, C.S. (2007). Age of onset of child maltreatment predicts long-term mental health outcomes. *Journal of Abnormal Psychology*, 116(1), 176–187.
- Kellmer Pringle. (1979). *Les besoins de l'enfant*. Paris : Découverte française.
- Kempe, C.H., Silverman, F., Steele, B., Droegemueller, W. & Silver, H. (1962). The battered child syndrome. *Journal of the American Medical Association*, 181, 17–24.
- Kempe, R. (1981). *L'enfant maltraité*. Bruxelles : Mardaga.
- Lautrey, J. (1980). *Classe sociale, milieu familial, intelligence*. Paris : PUF.
- Lett, D. (1992). La mère et l'enfant au Moyen Âge. *L'histoire*, 152, 6–14.
- Leyens, J.-P. (1983). *Sommes-nous tous des psychologues ?* Liège : Mardaga.
- Litcht, B.G. & Dweck, C.S. (1984). Determinants of academic achievement : The interaction of children's achievement orientations with skill area. *Developmental Psychology*, 20(4), 628–636.
- Maillochon, I. (2001). Les conséquences de la maltraitance sur le développement psychologique. In J. Torrente (Ed), *La maltraitance : regards pluridisciplinaires* (pp. 17–31). Revinay-sur-Ornain : Hommes et perspectives.
- Manciaux, M. (1982). *L'enfant maltraité*. Paris : Fleurus.
- Mannoni P. (2007). La famille ou la mort symbolique. Congrès international de l'éducation familiale : Forces et faiblesses de la famille dans une société en mutation. Gran Canaria : Ecca.
- Massé, R. (1990). Évaluation critique de la recherche sur l'étiologie de la violence envers les enfants. *Santé mentale au Québec*, 15(2), 107–128.
- McGillicuddy-de Lisi, A.V. (1985). The relationship between parental beliefs and children's cognitive level. In I.E. Sigel (Ed), *Parental belief systems : the psychological consequences for children* (pp. 7–24). Hillsdale : N.J. Erlbaum.
- Moscovici, S. (1984). *Psychologie sociale*. Paris : PUF.
- Mousset-Libeau, L. (2004). *La prévention de la maltraitance des enfants*. Paris : L'Harmattan.
- Mugny, G. & Carugati, F. (1985). *L'intelligence au pluriel. Les représentations sociales de l'intelligence et de son développement*. Cousset : Del Val.
- Naouri, A. (1999). *Une place pour le père*. Paris : Points Seuil.
- Observatoire national de l'action sociale décentralisée. (1994). *L'observation de l'enfance en danger : guide méthodologique*. Paris : ODAS.
- ONED (2008). *Quatrième rapport annuel au parlement et au gouvernement de l'Observatoire national de l'enfance en danger*. <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/094000066/0000.pdf>.
- Ordre national des médecins. (2002). Le rôle du médecin face aux maltraitances. *Bulletin de l'ordre des médecins*, 5, 8–12.
- Organisation mondiale de la santé. (2002). *Rapport mondial sur la violence et la santé*. Genève : OMS.

- Palacio-Quintin, E. (1990). Milieu socio-économique, environnement familial et développement cognitif de l'enfant. In S. Dansereau, B. Terrisse & J.-M. Bouchard (Eds), *Éducation familiale et intervention précoce*. Montréal : Agence d'Arc, 47–71.
- Peille F. (2005). Comment être bientraitant en pluridisciplinarité. In Association française d'information et de recherche sur l'enfance maltraitée, *État des savoirs sur la maltraitance : 11<sup>es</sup> états généraux de l'AFIREM, novembre 2005* (p. 425–431). Paris : Karthala.
- Perron, R. (1971). *Modèles d'enfants, enfants modèles*. Paris : PUF.
- Pierrehumbert, B. (2000). *Le premier lien. Théorie de l'attachement*. Paris : Odile Jacob.
- Pierrehumbert, B. (2002). Attachement, socialisation et problème de comportement. In H. Montagner (Ed), *L'enfant, la vraie question de l'école* (pp. 225–248). Paris : Odile Jacob.
- Pommier, J.B. (2005). Quand les « aidants » demandent de l'aide. In J. Ion, J.B. Pommier & C. Laval (Eds), *Travail social et souffrance psychique* (pp. 161–197). Paris : Dunod.
- Pourtois, J.-P. (1979). *Comment les mères enseignent à leurs enfants*. Paris : PUF.
- Pourtois, J.-P. & Desmet, H. (2000). *Relation familiale et résilience*. Paris : L'Harmattan.
- Pourtois, J.-P. & Desmet, H. (2004). *L'éducation implicite, socialisation et individuation*. Paris : PUF.
- Pourtois, J.-P., Desmet, H. & Nimel, P. (2000). Vers une définition des conditions de bientraitance. In M. Gabel, F. Jesu & M. Manciaux (Eds), *Bientraitances : mieux traiter les familles et les professionnels* (pp. 67–91). Paris : Fleurus.
- Rapoport, D. (2001). *Rapport des Premières Assises de la bientraitance. Préface. Association Enfance au quotidien*. Paris : Institut de la bientraitance.
- Rapoport, D. (2006). *La bien-traitance envers l'enfant*. Paris : Belin.
- Reuillard, P. (2009). La préoccupation paternelle... primaire du père suffisamment bon. *Le journal des psychologues*, 263, 51–54.
- Roskman, I. (2003). Évolution des théories implicites des mères à propos du développement de leur enfant handicapé : impact d'un programme de guidance. *Enfance*, 4(55), 379–399.
- Rufo, M. (2007). *Détache-moi ! Se séparer pour grandir*. Paris : Fayard.
- Sicot, C. (2000). Rédaction d'un certificat en cas de maltraitance à enfant supposée ou avérée : gare aux pièges.... *Archives pédiatriques*, 7, 888–890.
- Sigel, I.E. (1985). A conceptual analysis of beliefs. In I.E. Sigel (Ed), *Parental belief systems : the psychological consequences for children* (pp. 345–371). Hillsdale : Erlbaum.
- Spitz, R. (1948). La perte de la mère par le nourrisson. *Enfance*, 1, 373–391.
- Spitz, R. (1968). *De la naissance à la parole*. Paris : PUF.
- Strauss, M.A., Gelles, R.J. & Steinmetz, S.K. (1980). *Behind closed doors. Violence in the american family*. New York : Anchor Books.
- Tardieu, A.A. (1860). Étude médico-légale sur les sévices et mauvais traitements exercés sur des enfants. *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, 2(13), 361–398.
- Terrisse, B. (2005). De la bientraitance à la maltraitance : une mince ligne rouge.... In H. Desmet & J.-P. Pourtois (Eds), *Culture et bientraitance*. Bruxelles : De Boeck, 19–23.
- Tomkiewicz S. (1987). Droit de l'enfant au respect. In Colloque *Enfants maltraités* (p. 64-74). Paris : AFIREM.

- Touliatos, J., Perlmutter, B.F. & Strauss, M.A. (1990). *Family Measurement techniques*. San Francisco : Sage Publications.
- Tursz, A. (2009). La maltraitance cachée : pour une meilleure connaissance épidémiologique. *Archives de Pédiatrie*, 16(6), 936–939.
- Tursz, A. & Gerbouin-Rerolle, P. (2008). *Enfants maltraités. Les chiffres et leur base juridique en France*. Paris : Tec & Doc, Lavoisier.
- Tursz A., Crost M., Gerbouin Rerolle P., et al. (2002). Quelles données recueillir pour améliorer les pratiques professionnelles face aux morts suspectes de nourrissons de moins de 1 an ? Étude auprès des Parquets de Paris de 1996 à 2000. Paris : CERMES.
- Vaillant, M. (2003). *L'adolescence au quotidien*. Paris : Pocket.
- Vandenplas-Holper, C. (1987). Les théories implicites du développement et de l'éducation. *European Journal of Psychology of Education*, 2(1), 17–39.
- Vander Linden, R.M. (2002). Maltraitance, l'affaire de tous. *Éducation Santé*, 170, 3–4.
- Vasselier-Novelli, C. & Heim, C. (2006). Les enfants victimes de violences conjugales. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 36(1), 185–207.
- Verba D. (2006). Analyses. En ligne : site du café pédagogique ; [www.cafepedagogique.org/disci/article/74.php](http://www.cafepedagogique.org/disci/article/74.php).
- Verquerre R. (1989). *Représentations de l'enfant. Attitudes éducatives, comportements éducatifs*. Thèse de 3<sup>e</sup> cycle. Paris : Université René Descartes.
- Verquerre, R., Courdent, S., Desenclos, L. et al. (1994). Norme d'internalité et attitudes éducatives des parents, norme d'internalité des enfants. In P. Durnning & J.P. Pourtois (Eds), *Éducation et famille* (pp. 28–45). Bruxelles : De Boeck.
- Vissing, Y.M., Strauss, M.A., Gelles, R.J. et al. (1991). Verbal aggression by parents and psychosocial problems of children. *Child Abuse and Neglect*, 15(3), 223–238.
- Weiner, B. (1985). An attributional theory of achievement motivation and emotion. *Psychological Review*, 92, 548–573.
- Wells S. & Anderson T. (1992). *Model building in child protective services intake and investigation*. Rapport final au National Center on Child Abuse and Neglect pour la subvention n° 90-CA-1407. Washington : American Bar Association.
- Wiart Y. & Coslin, P.G. (2009). Quand la méconnaissance de la violence fait mal... Interprétations de la violence envers l'enfant chez des intervenants auprès de l'enfance en danger. 3<sup>e</sup> Colloque Psychologie et Psychopathologie de l'enfant : Aux sources de la violence de l'enfance à l'adolescence. Paris : FFPP.
- Wiart Y. (2010). When ignoring violence brings unacceptable harm : a study of help professionals' representations of child, education and child maltreatment. 18<sup>th</sup> Annual APSAC Colloquium, La Nouvelle-Orléans.
- Winnicott, D. (1957). *L'enfant et le monde extérieur*. Paris : Payot.
- Winnicott, D. (1969). *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris : Payot.
- Winnicott, D. (1975). *Jeu et réalité : l'espace potentiel*. Paris : Gallimard.
- Zamet, P. (1996). La maltraitance psychologique : de la reconnaissance à l'intervention. In C. Aussilloux, P. Ayoun, M. Coppel-Batsch et al. (Eds), *La maltraitance psychologique* (pp. 255–272). Paris : Fleurus.
- Zuravin S.J. (2001). Analyse secondaire des données de l'Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants. Document préparé pour le forum de recherches sur l'Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants (ECI) et l'Étude sur l'incidence et les caractéristiques des situations

- d'abus, de négligence, d'abandon et de troubles de comportement sérieux signalées à la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ) au Québec (EIQ). Val-David, Québec, 28 et 29 novembre 2001.
- Zuravin, S.J. & Depanfilis, D. (1997). Factors affecting foster care placement of children receiving child protective services. *Social Work Research*, 21(1), 34–42.
- Zuravin, S.J., Orme, J. & Hegar, R. (1995). Disposition of child physical abuse reports : Review of the literature and test of a predictive model. *Children and Youth Service Review*, 17(4), 559–580.

# INDEX

## A

- abus sexuel XI, 37, 103
- adaptation de l'enfant à la réalité sociale 24
- affectivité bien régulée 25
- affects 72, 73, 83, 86, 97, 110, 112, 125, 127
- article 375 2
- assistants de service social 50, 54, 119
- attachement 8, 41, 188
- attribution 15, 56, 140

## B

- banalisation de la violence 6
- besoins de l'enfant 23
  - affection 23
  - cognitifs 23
  - communication 24
  - liés au développement 24
  - sociaux 24
- bientraitance 13, 26, 77, 88, 100, 115, 130
- blâme de l'enfant 56, 142

## C

- caractéristiques personnelles 48, 59
- carences XI
  - familiales 8
  - institutionnelles 9
- châtiments corporels XIII, 4
- compétences 75, 88, 99, 113, 127
- comportements parentaux 48
  - valorisés 59, 155
- composante
  - attributive 43
  - cognitive 43
  - évaluative 43
- conception limitée 44, 56
- contrôle de l'enfant 24

## D

- dénigrement de l'enfant 56
- difficultés 72, 73, 83, 86, 97, 110, 112, 125, 127

## E

- écoutants de téléphonie médico-sociale 50, 51, 65, 173
- éducation
  - familiale 16
  - implicite 17
- en charge XV
- enfant
  - en danger X, 1
  - en risque X
  - maltraité X, 5
- entretiens 56, 62

## F

- formation 47, 76, 194

## G

- gendarmes 50, 55, 178

## I

- intimidation 56, 136
- isolement 56, 138

## J

- justification de la violence 42

## M

- maltraitance XI, 13
  - facteurs 70
  - familiale 106
  - formes 80, 120
  - institutionnelle 108
  - origines, causes et explications 69, 81, 95, 121
  - physique 103
  - psychologique 94
  - punition XIII, 40
  - représentations 68, 93, 104
  - ressenti 85
- médecins 50, 53, 91, 177
- MJVE 42, 45
- modèle écologique 42
- mythes dénigrant l'enfant 44

**N**

négligence XI, 37, 103, 168  
non-responsabilité du parent 56,  
141

**O**

ODAS X, 30  
ONED XV, 11  
outils de prévention 39

**P**

perspective  
  écologique 35  
  personnaliste 34  
  sociologique 34  
placement 38  
potentiel d'expression  
  et de créativité 25  
pratiques éducatives 19, 22, 44, 48, 61,  
  151, 170  
type autoritaire 151  
type laxiste 153  
type libéral 154  
prise en charge 48  
professeurs des écoles 50, 52, 79,  
  175  
professionnels face à la violence 47, 50,  
  169  
profils 161, 169  
programmes de formation 47  
psychologues 50, 54, 103, 180  
punition XIII, 40

**Q**

questionnaires 50, 56, 160

**R**

recommandations 191  
recours à la force 44  
rejet 56, 139

**S**

sens donné à l'enfant 21  
signalement 48  
SNATED 11, 68  
SNATEM 10, 68

**T**

théories implicites XVII, 13, 14, 16, 19, 21, 25  
tolérance 44, 56, 133, 163  
traits de caractère 158  
travailleurs sociaux 38, 172  
types d'intervention parentale  
  autoritaire 22, 61  
  démocratique 22, 61  
  libéral permissif 22, 61

**V**

vécu 72, 83, 97, 110, 125  
violence 133  
  conception 48, 56  
  physique XI, 37, 167  
  psychique 133, 167, 184, 186  
  psychologique XI, 32, 56, 163,  
  subie 30