

## VIOLENCES À CARACTÈRE ÉDUCATIF AU CAMEROUN ÉVALUATION D'UN SÉMINAIRE DE FORMATION À LA RECONNAISSANCE, À LA DÉTECTION ET AU SIGNALEMENT DES SÉVICES PHYSIQUES INFLIGÉS AUX ENFANTS

D. MBASSA MENICK, F. NGOH

*Med Trop* 2005 ; 65 : 33-38

**RÉSUMÉ** • Deux objectifs principaux étaient assignés à ce travail : promouvoir et faciliter la reconnaissance, la détection et le signalement de la maltraitance physique en améliorant les aptitudes diagnostiques d'un groupe de professionnels de l'enfance travaillant dans les unités d'urgence pédiatrique ; évaluer l'impact de la formation sur la reconnaissance, la détection et le signalement des mauvais traitements physiques. L'étude a été conduite en trois phases : dans un premier temps, un recueil rétrospectif de données sur les mauvais traitements physiques a été effectué sur une période de trois mois : mai, juin, et juillet de l'année 1996 avant le séminaire. Dans un deuxième temps, un séminaire de formation à la reconnaissance, à la détection et au signalement des sévices physiques à enfants a été organisé, du 29 au 30 avril 1997, à l'intention des professionnels de l'enfance exerçant dans les unités d'urgences pédiatriques de certaines formations sanitaires de Yaoundé. Ainsi, quinze professionnels : pédiatres, médecins généralistes, infirmières, assistantes sociales... ont été formés. Une projection commentée de 137 diapositives de l'*American Academy of Paediatrics* (1994) a servi de support pédagogique (diagnostic visuel des sévices physiques). Dans un troisième temps, un recueil prospectif de données identiques a été réalisé sur la même période de l'année 1997 (mai, juin et juillet) après la formation. Comme à la première phase, les informations ont été collectées par la même personne dans les registres des urgences selon le protocole de l'OMS (1994) (*The study of interpersonal physical abuse of children*). Au cours de la première période, 39 victimes de sévices physiques ont été répertoriées sur une population de 1269 consultants soit 3,1 %. Après la formation, un recueil prospectif de données semblables, a révélé 161 cas de sévices physiques sur 1425 consultants soit 11,3 % de cette série. Nous constatons ainsi que l'échantillon de victimes (161) de la deuxième période de la recherche est 4 fois plus important que celui de la première période (39). Cela suppose que le séminaire a atteint ses objectifs principaux : améliorer les aptitudes diagnostiques des séminaristes, faciliter la reconnaissance et le dépistage des violences physiques infligées aux enfants.

**MOTS-CLÉS** • Violences physiques - Enfant - Formation - Prévention.

CHILD ABUSE IN CAMEROON: EVALUATION OF A TRAINING COURSE ON AWARENESS, DETECTION, AND REPORTING OF CHILD ABUSE

**ABSTRACT** • The twofold purpose of this study was to promote and facilitate awareness, detection and reporting of child abuse by improving the diagnostic ability of a group of pediatric care providers working in pediatric emergency rooms and to evaluate the impact of training on awareness, detection and reporting of child abuse. This study was conducted in three phases. In the first phase data were retrospectively collected for a three-month period prior to the study (May, June, and July 1996). In the second phase a training seminar about awareness, detection, and reporting of child abuse was organized from April 29 to 30, 1997 for pediatric care providers working in the pediatric emergency rooms of several facilities in Yaoundé, Cameroon. Trainees included pediatricians, general practitioners, nurses, and social workers. An oral presentation using 137-slides (visual diagnosis of physical abuse) from the American Academy of Paediatrics (1994) was used as a teaching aid. In the third phase the same data as in the first phase was prospectively collected on the same three-month period after the seminar (May, June and July 1997). As in the first phase data was collected by the same person from emergency room registers according to the WHO protocol (1994) (study of interpersonal physical abuse of children). During the first phase 39 cases of physical abuse were reported in a population 1269 consulting patients, i.e. 3.1% of the cohort. In the third phase prospective analysis of reporting following the training seminar showed that 161 cases of physical abuse were reported in a population of 1425 consulting patients, i.e., 11.3% of the cohort. The victim group (n=161) in the third phase was four-fold larger than the victim group in the first phase (n=39). These findings suggest that the seminar achieved its main goals, i.e., to improve the diagnostic ability of the trainees and to increase detection and screening of physical abuse of children.

**KEY WORDS** • Physical abuse - Child - Training - Prevention.

• Travail de la Cameroon Society for Prevention of Child Abuse and Neglect (CASPCAN) ( D.M.M., Psychiatre/Pédopsychiatre, criminologue-Victimologue, Président de la CASPCAN B.P. 25254 Messa Yaoundé ; F.N., Médecin, PMI Centrale de Yaoundé, B.P. 25254 Messa Yaoundé, Cameroun).

• Correspondance: D. MBASSA MENICK, Psychiatre/Pédopsychiatre, Criminologue-Victimologue, Président de la CASPCAN, Chef de Service de Psychiatrie, Hôpital Jamot, BP 25254 Messa Yaoundé, Cameroun •

• E-mail : caspcan@yahoo.fr •

• Article reçu le 24/04/2003, définitivement accepté le 21/02/05.

Les violences physiques infligées aux enfants en Afrique ont toujours été portées au débit d'une rigueur éducative culturelle, utilisant comme technique pédagogique, des corrections physiques pour inculquer aux enfants la hiérarchie des valeurs propres à la société (1-3). Elles rentrent dans le cadre d'une douleur maternelle et structurante qui prépare les enfants à endurer les peines dans un monde où ont prédominé l'esclavage, la colonisation (avec leurs cortèges d'humiliations et de frustrations), les guerres, les famines ainsi qu'un

environnement hostile où seuls, les plus courageux pouvaient s'en sortir (4).

Dans une lecture anthropologique des mauvais traitements administrés aux enfants dans les sociétés négro-africaines, Ngoura (1, 2) a montré que les systèmes éducatifs présentaient un visage répressif. Cette hypothèse a été reprise et explicitée par Ezembé (3, 4), pour qui, cette opinion reste encore généralement partagée par l'ensemble du corps social, et légitimée par les autorités administratives, judiciaires, les parents, les forces de l'ordre et les enseignants... Laburthe - Tolra (5) a d'ailleurs montré avec beaucoup de fidélité et d'objectivité, ce que les jeunes Beti du Cameroun enduraient en affrontant les épreuves de l'initiation qui constituaient des rites de passage d'un statut social à un autre.

Une telle attitude conduit *de facto* au déni de la réalité de ces violences et de ce fait, traduit l'ignorance de la souffrance des enfants. En effet, la notion d'enfant parce qu'elle subjugué toujours l'idée de fragilité et de vulnérabilité s'accommode mal de la violence. Pourtant, plusieurs exemples quotidiens de violences envers les enfants s'offrent aussi bien au grand public qu'aux dirigeants dans notre pays : raptés suivis de viols de petites filles, mariages précoces prescriptifs et/ou prétendument arrangés, abus sexuels de toute nature infligés aux filles et garçons, bastonnades, travaux pénibles sans tenir compte de l'âge de l'enfant, trafic d'enfants, etc.

Aujourd'hui, ces mauvais traitements sont en train de passer du déni à la reconnaissance et à la dénonciation. On doit cette soudaine prise de conscience d'une part, à l'action de sensibilisation et de formation des professionnels de l'enfance au cours des séminaires internationaux annuellement organisés en Afrique francophone par l'ISPCAN (*International Society for Prevention of Child Abuse & Neglect*) et de l'AFIREM (Association Française d'Information et de Recherche sur l'Enfance Maltraitée), d'autre part, à la naissance des Organisations Non Gouvernementales de défense des droits de l'enfant comme la CASPCAN (*Cameroon Society for Prevention of Child Abuse & Neglect*) qui prennent localement à l'échelon national, le relais de cette action de sensibilisation.

Au lendemain du séminaire national de formation des professionnels de l'enfance à la reconnaissance, à la détection et au signalement des sévices physiques infligés aux enfants, organisé les 29 et 30 avril 1997 à Yaoundé (Cameroun) par l'ISPCAN et la CASPCAN, les organisateurs s'étaient donnés pour devoir d'évaluer cette formation. Ses objectifs étaient d'améliorer les aptitudes diagnostiques des personnels médicaux et paramédicaux des unités d'urgences pédiatriques pour reconnaître et détecter d'une part, signaler d'autre part, les sévices physiques infligés aux enfants. L'actuel travail présente les résultats de cette évaluation.

## MÉTHODE

Ce travail fait partie d'une étude transculturelle de l'ISPCAN réalisée en collaboration avec la CASPCAN sur les violences physiques infligées aux enfants dans le monde.

Au Cameroun, il a eu pour cadre le Centre de Prévention Maternelle et Infantile (PMI Centrale) de Yaoundé. Ce centre est aujourd'hui l'une des entités de la Fondation Chantal Biya. Dans le présent travail, violence physique doit être comprise dans le sens de punition corporelle ou de bastonnade en guise de sanction à une faute commise par l'enfant.

## L'étude s'est déroulée en trois étapes :

- dans un premier temps, un recueil rétrospectif de données sur les mauvais traitements physiques a été effectué sur une période de trois mois : mai, juin, et juillet de l'année 1996. Les données recueillies étaient consignées dans des registres de consultation au niveau des unités d'urgences pédiatriques ;

- dans un deuxième temps, un séminaire de formation à la reconnaissance, à la détection et au signalement des sévices physiques à enfants a été organisé, du 29 au 30 avril 1997, à l'intention des professionnels de l'enfance exerçant dans les unités d'urgences pédiatriques de certaines formations sanitaires de Yaoundé. Quinze professionnels comprenant : pédiatres, médecins généralistes, infirmières, assistantes sociales... ont été formés.

Une projection de 137 diapositives mise à la disposition de la CASPCAN par l'ISPCAN a servi de support pédagogique à cette formation (diagnostic visuel des sévices physiques de l'Académie américaine de pédiatrie, 1994) ;

- dans un troisième temps, suite à cette formation, un recueil prospectif de données identiques a été réalisé sur la même période de l'année 1997 (mai, juin et juillet). Comme dans le premier temps, les informations ont été collectées par la même personne dans les registres des urgences selon le protocole de l'OMS (1994) : *The study of interpersonal physical abuse of children*.

## RÉSULTATS

L'étude que nous présentons a porté sur une population totale de 2694 enfants ayant consulté au cours de deux périodes identiques des années 1996 et 1997 (Tableau 1). Dans cette population, un échantillon global de 200 enfants victimes de violences physiques a été identifié soit 7,4 % de l'ensemble des consultants.

Au cours de la première période, 39 victimes de violences physiques ont été répertoriées sur une population de 1269 consultants soit 3,1 % de la série. Après la formation, un recueil prospectif de données semblables a révélé 161 cas

Tableau 1 - Répartition des sévices en fonction du mois et de l'année.

	1996			1997		
	Consultant	Maltraité	%	Consultant	Maltraité	%
Mai	469	11	0,9	391	57	4
Juin	399	15	1,2	546	41	2,9
Juillet	401	13	1	488	63	4,4
Total	1269	39	3,1	1425	161	11,3

Tableau II - Répartition des victimes par tranche d'âge.

Année Tranche d'âge	1996		1997	
	n	%	n	%
0 - 4	7	17,9	24	14,9
5 - 9	10	25,7	40	24,8
10 - 14	21	53,9	93	57,8
15 - 18	1	2,6	4	2,5
Total	39	100	161	100

de violences physiques sur 1425 consultants soit 11,3 % de cette série. Nous constatons ainsi que l'échantillon de victimes (n = 161) de la deuxième période de la recherche est 4 fois plus important que celui de la première période (n = 39) (Tableau I).

Sur un total de 200 victimes, il y avait 91 garçons (46 %) et 109 filles (54 %). Les âges variaient de 0 à 15 ans avec une moyenne d'âge de 9,2 ans et un sex ratio de 0,8 en faveur des filles, à la première période (1996), une moyenne d'âge de 9,7 et un sex ratio de 0,9 toujours en faveur des filles, à la deuxième période (1997).

La répartition des victimes par tranche d'âge (Tableau II) montre clairement que les violences physiques concernent essentiellement les tranches d'âge de 10 à 14 ans (53,9 % et 57,8 %) de l'ensemble des victimes. Cependant elles ne sont pas négligeables au-dessous de 10 ans.

Quand l'on observe la répartition des victimes par tranche d'âge et en fonction de l'origine de l'agresseur, une même tendance se dégage : les 10-14 ans sont aussi les plus maltraités que ce soit en milieu familial ou dans un contexte extra-familial. Le milieu extra-familial maltraitant étant essentiellement représenté par les enseignants, les voisins, et les camarades et/ou amis des victimes.

Au-dessous de 10 ans, les violences physiques envers les enfants sont essentiellement intra-familiales (17,9 % pour les 0-4 ans et 28,2 % pour les 5-9 ans en première période contre 14,3 % pour les 0-4 ans et 24,2 % pour les 5-9 ans en deuxième période). Elles sont inexistantes au-dessous de 1 an dans le même milieu quelle que soit la période, et sont exceptionnelles entre 0-9 ans (0 % en première période et 1,2 % en deuxième période chez les 5-9 ans).

Dans le même ordre d'idées, les pères frappent régulièrement et sans distinction de sexe les enfants de la tranche d'âge de 10-14 ans, tandis que les mères frappent exclusivement les filles dans cette tranche d'âge. 169 victimes sur les 200 étaient scolarisées (84 %) et 31 étaient au-dessous de l'âge scolaire (24 %). 165 victimes vivaient avec leurs parents biologiques (82 %), et 32 (28 %) d'entre elles vivaient chez un membre de la famille élargie souvent représentée par l'oncle, la tante, un grand parent, etc. 176 victimes vivaient en zones urbaines (86 %) contre 13 seulement en zone rurale (6 %).

### Répartition des victimes selon le type de lésion observée

Les lésions observées étaient majoritairement tégumentaires et bénignes. Il s'agissait souvent des ecchymoses (71,8 % et 69 %) et des écorchures (25,6 % et 14,9 %).

Tableau III - Répartition de l'échantillon suivant la relation de la victime à l'agresseur.

	1996		1997	
	n	%	n	%
Mère	11	28,2	41	25,5
Père	8	20,5	48	29,8
Frère ou sœur	3	7,7	1	0,6
Autre parent	9	23,1	15	9,3
Enseignant	3	7,7	22	13,7
Ami ou camarade	0	0	6	3,7
Autre personne	3	7,7	27	16,8
Inconnu (non précisé)	2	5,1	1	0,6
Total	39	100	161	100

Cependant nous avons observé 20 lésions sévères (10 % de l'ensemble des victimes et 12,4 % pour la deuxième période de l'étude) dont 10 fractures et luxations. Ces lésions siégeaient essentiellement au niveau du visage (15,4 % en première période contre 22,4 % en deuxième période), des fesses (23,1 % en première période contre 35,4 % en deuxième période), des bras ou des mains (15,4 % en première période contre 26,7 % en deuxième période). 19 victimes ont été hospitalisées après les violences à la deuxième période de l'étude (11,8 % soit 9,5 % de l'ensemble des victimes).

Aucun signalement n'a été effectué par les équipes médicales qui ont soigné ces enfants, que ce soit à l'autorité judiciaire ou à l'autorité administrative.

### Répartition de l'échantillon suivant la relation de la victime à l'agresseur

Les violences physiques (tableau 3) étaient souvent infligées aux enfants par leurs mères (28,2 %, et 25,5 %), leurs pères (20,5 % et 29,8 %), par d'autres parents (23,1 % et 9,3 %), leurs frères ou sœurs (7,7 % et 0,6 %). En milieu extra-familial, il s'agissait le plus souvent de l'enseignant (7,7 % et 13,7 %) ou d'une autre personne du voisinage : voisins et amis ou camarades de la victime (7,7 % et 16,8 %).

## DISCUSSION

Avant la formation des professionnels de l'enfance, le recueil de données a montré une prévalence de violences physiques exercées sur les enfants de 3,1 %. Après la formation des professionnels de l'enfance, le recueil de données a montré une prévalence de violences de 11,3 %. Cela suppose que le séminaire a atteint l'un de ses objectifs principaux : améliorer les aptitudes diagnostiques des séminaristes pour faciliter la reconnaissance et la détection des violences physiques infligées aux enfants.

Cependant, l'évaluation montre que l'objectif de signalement n'a pas été atteint dans la mesure où, aucun signalement n'a été effectué ni à l'autorité judiciaire ni à l'autorité administrative. L'absence de signalement tire son fondement du fait que les populations s'accoutument des sanctions à caractère éducatif envers les enfants. Comme l'a

constaté Ezembé (3, 4), elles sont mêmes acceptées et tolérées par l'ensemble du corps social, voire légitimées par les autorités judiciaires et administratives.

Il n'est donc pas étonnant que cela n'émeuve personne. Kesseng à Ribae (8) a d'ailleurs reconnu la complaisance de l'environnement vis-à-vis de ce genre de traitement envers les enfants en milieu scolaire à Yaoundé. En référer à l'autorité serait trahir un système. Les rares cas signalés sont souvent banalisés et relativisés par les forces de l'ordre. Il faudra encore un intense travail de sensibilisation pour changer les mentalités sur cette question.

Dans une contribution à l'étude médico-psycho-sociale des mauvais traitements des enfants de 0 à 15 ans, Biyong (6) a trouvé 20,4 % de cas de sévices physiques sur 44 cas observés à l'Hôpital Central de Yaoundé. Nos taux sont inférieurs à celui trouvé par cet auteur. Cette disparité vient probablement du fait que, l'échantillon de Biyong (6) était faible.

La distribution des victimes par tranche d'âge (Tableau II) indique clairement, sans tenir compte de l'année, que les 10 - 14 ans sont de plus loin les grandes victimes avec plus de la moitié de l'échantillon (53,9 % en 1996 et 57,8 % en 1997). On note aussi une diminution considérable des sévices à partir de 15 ans (2,6 % en 1996 contre 2,5 % en 1997).

Au Sénégal, Sow, Mbaye, & Benais (7) ont trouvé également une majorité de victimes dans la tranche d'âge similaire (11-15 ans) soit 70,4 %. Ce qui montre bien les difficultés relationnelles rencontrées avec les préadolescents et les adolescents quelles que soient leurs origines, même si les sévices physiques traduisent deux lectures, certes différentes en fonction des cultures. En effet à cet âge, les enfants sont plus contestataires, revendicateurs et provocateurs, ce que ne supportent ni les parents ni les éducateurs en milieu africain.

L'infléchissement des sévices à partir de 15 ans peut s'expliquer d'une part, par le fait que les enfants deviennent raisonnables et raisonnés, suscitant de ce fait un peu plus de respect des parents, et d'autre part, parce qu'ils peuvent se défendre et qu'ils sont moins soumis aux exigences des adultes.

Il ressort de la répartition de l'échantillon, suivant l'origine de l'agresseur, la même tendance sus-citée : les 10-14 ans sont aussi les plus maltraités, que ce soit en milieu familial ou extra-familial (représenté essentiellement par les enseignants, les camarades et/ou amis des victimes et les voisins).

Si les pères maltraitent plus souvent sans distinction de sexe entre 10 et 14 ans, force est de constater que les mères frappent presque exclusivement les filles dans cette tranche d'âge. Cela peut s'expliquer par le fait qu'on accorde plus de rigueur à l'éducation de la fille qu'on prépare à son futur rôle de mère, car elle peut déjà être mariée à ces âges en Afrique. De son éducation, dépendra la réputation et l'honneur de sa famille ; en effet, la mère est fréquemment remise en cause lorsque l'éducation de sa fille n'est pas jugée satisfaisante par la société. Ceci est d'autant plus vrai qu'il y a une séparation sexuelle dans l'éducation traditionnelle des enfants en

Afrique : les garçons sont éduqués par les hommes et les filles par les femmes.

Par rapport au sexe, on note une nette prédominance des filles: 22 en 1996 (56,4 %) et 87 en 1997 (54 %) contre 17 garçons en 1996 (43,6 %) et 74 en 1997 (46 %). Cette distribution est cependant proche des proportions du recensement général de la population du Cameroun effectué en 1987. On peut en conclure que les violences physiques sont infligées autant aux garçons qu'aux filles. Nos résultats contrastent avec ceux de Sow et Coll (7) qui ont trouvé que 57,9 % des victimes de violences physiques étaient plutôt du sexe masculin au Sénégal.

La plupart de nos victimes étaient scolarisées quelle que soit l'année : 32 sur 39 soit 82 % en 1996 et 137 sur 161 soit 85,1 % en 1997. Biyong (6) a trouvé que la majorité de ses victimes étaient scolarisées au primaire dont 29,4 % en classe de maternelle. C'est dire que le milieu scolaire ne protège pas des violences physiques. Dans l'esprit des sociétés africaines la rigueur éducative est de règle en famille comme à l'école. Le même discours est véhiculé dans ces deux espaces : respect, soumission, obéissance...

Pour cette raison, l'usage du fouet à l'école n'est pas étonnant. Si les enseignants bastonnent fréquemment les enfants, les camarades se battent aussi à cause des rivalités entre adolescents et préadolescents. Cela explique une fois de plus pourquoi les 10-14 ans sont les plus exposés. Kesseng à Ribae (8) a fait le même constat dans une étude exploratoire de la violence faite aux enfants en milieu scolaire à Yaoundé.

Elle a fustigé certaines formes de violences institutionnelles qui semblent bénéficier de la complaisance de l'environnement, s'inscrivant ainsi dans la logique de Ngoura (1, 2) et de Ezembé (3, 4). Pour elle, les violences que subissent les enfants à l'école sont d'abord générées par le système scolaire lui-même qui est mal adapté aux besoins éducatifs de l'enfant. Au-delà du système scolaire, les intervenants et les acteurs du milieu scolaire génèrent également de la violence. En effet, le personnel administratif autant que les enseignants infligent dans les écoles camerounaises des travaux manuels obligatoires (forcés) ou des punitions corporelles comme sanction à une faute ou à un mauvais travail (8).

La grande majorité des enfants de notre étude vivaient chez leurs parents biologiques. Quand bien même ils vivaient ailleurs, c'était presque toujours au sein de la famille élargie chez un oncle, une tante, un cousin, des grands-parents, un grand frère ou une grande sœur... Cela veut dire que les liens familiaux restent sacrés et étroits en Afrique. Dans le même ordre d'idées, beaucoup de victimes résidaient en zone urbaine. Cependant, que ce soit en ville ou dans les villages, l'ethos culturel ambiant est le même : éducation rimant toujours avec sanction, l'encadrement éducatif des enfants se fait toujours avec une apparence de rigorisme.

La distribution de l'échantillon en fonction de la sévérité des lésions a montré qu'au cours des deux périodes, il n'y a pas eu de lésions fatales. Il s'agissait plus souvent de lésions tégumentaires légères. On pourrait penser qu'il y avait une intention de sanctionner l'enfant pour une faute commise sans

volonté manifeste de lui nuire. Nos résultats contrastent avec ceux de Biyong (6) qui ont montré que les brûlures étaient les lésions les plus fréquentes (44,4 %) et les plus graves. Cela pourrait s'expliquer par le fait que son étude a été réalisée dans un service d'hospitalisation.

Nous avons cependant retrouvé 11,8 % de lésions sévères en 1997 à type de fractures, de luxations, de plaies profondes et de brûlures. Ces lésions semblent plutôt rentrer plus dans le cadre des accidents que dans l'intentionnalité consciente du parent de faire du mal à l'enfant. Mais nous ne devons pas perdre de vue qu'il s'agit d'un signal d'alarme pouvant être interprété comme une montée des périls. C'est ici que l'assertion de Crivillé trouve un écho favorable : « mauvais traitements et abus sexuels, ont en commun la violation de l'intégrité de la personne (de l'enfant) elle-même, quel que soit le lieu où ils surviennent et le sens qu'ils prennent » (9).

Cependant, ces lésions sont loin d'être aussi graves que celles répertoriées par De Carmoy (10), Straus et coll. (11). Les lésions siégeaient le plus souvent au niveau du visage, des bras ou des mains et des fesses. En Afrique, il est fréquent d'administrer une fessée aux enfants et de les frapper sur la paume des mains à l'aide d'une baguette. Ainsi, la présence des lésions sur les fesses, les mains ou les bras n'étonne pas l'observateur averti.

L'on peut aussi expliquer la relative importance des lésions aux bras et/ou aux mains par la volonté ou le réflexe des enfants de se protéger en couvrant leurs fesses ou leur visage avec les mains ou les bras. Dans l'étude sénégalaise de Sow, Mbaye, & Benais (7) la majorité des lésions provoquées par des violences corporelles envers les enfants étaient plutôt crânio-céphaliques (40,7 %).

Dans la majorité des cas, les enfants sont retournés dans leur lieu habituel de résidence après la consultation. Seulement, 11,8 % des enfants ont été hospitalisés en 1997 en rapport avec des lésions sévères constatées. Dans une perspective culturelle qui admet et tolère l'administration des punitions corporelles aux enfants dans le cadre de leur éducation, l'on peut admettre que les ecchymoses et les écorchures sont des lésions mineures et non intentionnelles et que les lésions sévères sont plutôt accidentelles.

La majorité des lésions tégumentaires témoigne de la surveillance du groupe sur le sort des enfants et du droit de regard de la famille (1, 2, 4, 7). Mais on peut s'interroger sur le devenir de ces lésions sévères ; n'iront-elles pas en augmentant ? Et les lésions dites accidentelles ne deviendront-elles pas intentionnelles ? Seule une recherche complémentaire permettra de répondre à cette énigme.

L'absence totale de signalement prouve, une fois de plus, que l'administration des punitions corporelles est admise, tolérée et légitimée ; cependant, il convient d'attirer l'attention des soignants et du grand public sur les conséquences à court ou à long terme de tels passages à l'acte (12), d'où l'urgence nécessaire de signaler au moins les lésions graves.

De la distribution de l'échantillon suivant la relation de la victime à l'agresseur, il ressort deux groupes maltraitants : l'un intra-familial comprenant le père, la mère,

le frère ou la sœur, les autres parents (cousin, oncle, tante, grands-parents) et l'autre extra-familial avec les enseignants, les voisins et les amis ou les camarades de la victime...

Dans le premier groupe, on note une importante participation des parents géniteurs. Les intéressés sévissent surtout dans les tranches d'âge comprises entre 0 et 9 ans. Les autres parents interviennent à concurrence de 23,1 % en 1996 avec infléchissement (9,3 %) en 1997. Dans le 2<sup>e</sup> groupe, les enseignants participent pour 7,7 % en 1996 contre 13,7 % en 1997. Les autres personnes (voisins, passants...) représentent 7,7 % en 1996 contre 16,8 % en 1997. On peut ainsi comprendre que l'entourage participe aussi à l'éducation de l'enfant et peut, de ce fait, le sanctionner pour une faute commise sans être inquiété, en raison de la prise en charge communautaire de l'éducation en Afrique (3, 13).

Cette éducation représente une activité communautaire à laquelle participent la famille au sens large, les voisins et les amis, ainsi que les aînés de l'enfant et les enseignants en raison du principe de l'éducation dite diffuse (Ezembé, 1995). Les violences sont tolérées tant qu'elles ne dépassent pas un certain seuil.

---

## CONCLUSION

---

Au terme de cette étude, nous pouvons affirmer que l'un de nos deux objectifs principaux a été atteint : améliorer les aptitudes diagnostiques des professionnels de l'enfance à la reconnaissance et à la détection des violences physiques envers les enfants. Il faudra encore des efforts de sensibilisation à grande échelle pour que l'objectif concernant le signalement soit atteint.

Les lésions couramment observées sont essentiellement tégumentaires et généralement bénignes. Elles siègent régulièrement au niveau du visage, des fesses et des membres supérieurs. Les enfants victimes de ces sévices vivent toujours ou presque en milieu familial. Ces violences ne sont pas signalées parce qu'elles sont légitimées et admises par la société. Les victimes les plus exposées sont âgées pour la plupart de 10 à 14 ans. Les auteurs des sévices sont surtout - en milieu familial - les parents biologiques et - en milieu extra-familial - les enseignants, les voisins et les camarades de classe ou les amis des victimes.

Les résultats de cette étude sont encourageants dans ce sens qu'ils ont provoqué une prise de conscience du phénomène des violences physiques envers les enfants chez les professionnels formés. Cette expérience devrait être étendue à tout le pays par l'organisation de formations nationales auxquelles serait conviée une gamme diversifiée d'intervenants : personnels soignants, personnels sociaux, enseignants, magistrats et avocats, forces de l'ordre... dans le but d'une complémentarité des compétences visant à former un réseau d'aide spécialisée à l'enfant (RASE). C'est une œuvre de longue haleine qui passe par la prise de conscience de toute la société.

## RÉFÉRENCES

- 1 - NGOURA C - La protection sociale de l'enfant dans l'Afrique traditionnelle. Rapport général des journées d'études sur les enfants en conflit avec la loi. DEI - Cameroun, Yaoundé, 30/31 août - 1er septembre 1993.
- 2 - NGOURA C. - Cultures et mauvais traitements infantiles. Séminaire international sur les mauvais traitements de mineurs. Réalités, caractéristiques, enjeux, réponses. ISPCAN - AFIREM, Yaoundé, 20 - 24 juin 1995.
- 3 - EZEMBE F - Droit de l'enfant et approche de la maltraitance dans les cultures africaines. *Migrants - formation* 1995 ; **103** : 61-70.
- 4 - EZEMBE F - Comment la violence psychologique est pensée dans les pratiques familiales, sociales, éducatives et juridiques en situation de migration. In « GABEL M, LEBOVICI S, MAZET P - Maltraitance psychologique ». Fleurus ed - Psychopédagogie, Paris, 1997.
- 5 - LABURTHE-TOLRA P - Initiation et sociétés secrètes au Cameroun. Essai sur une religion béti. Karthala ed, Paris, 1985.
- 6 - BIYONG I - Contribution à l'étude médico-psychosociale des mauvais traitements des enfants de 0 à 15 ans (à propos de 44 cas à l'hôpital central de Yaoundé). Thèse Médecine, Yaoundé, 1990.
- 7 - SOW L, MBAYE I, BENAIS JP - Prévention et prophylaxie de la maltraitance au Sénégal. In « SYLLA O, GUEYE M, COLLIGNON R - Les mauvais traitements de mineurs. Réalités, caractéristiques, enjeux, réponses ». Séminaire international, ISPCAN - AFIREM ed, Dakar, 1994, 18-22 avril.
- 8 - KESSENGA RIBAE - Etude exploratoire de la violence faite aux enfants en milieu scolaire : le cas de l'école publique Essos I, Groupe I. Mémoire pour l'obtention du diplôme des inspecteurs des affaires sociales. Ecole Nationale d'Administration et de Magistrature, 1999, 60 p.
- 9 - CRIVILLE A - Cultures et maltraitements. Séminaire International sur les mauvais traitements de mineurs. Réalités, caractéristiques, enjeux, réponses. ISPCAN - AFIREM ed, Yaoundé, 1995, pp 20-24 juin.
- 10 - DE CARMOY - (1992). Chirurgie orthopédique et maltraitance: objectifs, limites de l'hospitalisation. *Neuropsychiatr Enfanc* 1993 ; **40** : 378-385.
- 11 - STRAUS P, MANCIAUX M, GABEL M *et Coll* - L'enfant maltraité. Fleurus ed-Psychopédagogie, Paris, 1993.
- 12 - MBASSA MENICK D - Les conséquences physiques, psychologiques et psychosociales de la maltraitance infantile. Séminaire international sur les mauvais traitements des mineurs. Réalités, caractéristiques, enjeux, réponses. ISPCAN - AFIREM, Yaoundé, 20-24 juin 1995.
- 13 - MBASSA MENICK D, NGOH F - Maltraitance psychologique d'enfants drépanocytaires au Cameroun : description et analyse de cas. *Med Trop* 2001 ; **61** : 163-168.



## Un continent se meurt

La tragédie du SIDA en Afrique

Monique Gehler, Stock Ed., 2000, 250 pp.

Ce livre, malheureusement toujours d'actualité, mérite de vous être présenté, tant l'épidémie de sida pèse sur les sociétés africaines et engage son avenir.

« Ce livre est fait de rencontres, de voyages, de lectures. Il est forcément incomplet et partisan. Ecrit dans l'urgence, il se situe résolument du côté de la souffrance africaine ». Ainsi commence l'ouvrage de la journaliste Monique Gehler, grand reporter, qui lance là un cri tout autant de rage que de colère face à une indifférence occidentale trop longtemps marquée pour les effets du sida sur le continent africain.

Dans une analyse de la situation de l'Afrique infectée par le VIH et de la difficulté qu'ont ses populations à accéder aux prises en charge thérapeutique, Monique Gehler nous fait croiser des femmes et des hommes exceptionnels. A travers les réseaux de solidarité qu'ils constituent dans leurs associations, grâce à leur volonté de trouver des solutions dignes, ces hommes et ces femmes apportent une note d'espoir dans un paysage souvent tragique.

L'ouvrage est aussi une traversée personnelle qui nous permet de croiser d'Afrique du Sud à la Côte d'Ivoire en passant par le Kenya ou l'Ouganda, les mêmes regards inquiets sur l'avenir, les mêmes questions sur les enjeux de demain. Avec pourtant la volonté de ne pas se laisser enfermer dans la fatalité.

Un livre qui présente un tableau saisissant des enjeux du sida en Afrique et lance un cri de solidarité à toutes ces populations en danger face à une épidémie mal contrôlée sur le continent.

Jean-Marie Milleliri