

MALTRAITANCE PSYCHOLOGIQUE D'ENFANTS DRÉPANOCYTAIRES AU CAMEROUN : DESCRIPTION ET ANALYSE DE CAS

D. MBASSA MENICK, F. NGOH

Med. Trop. 2001 ; **61** : 163-168

RESUME • La maltraitance psychologique de l'enfant drépanocytaire est une dysparentalité de crise. Elle engage des familles ayant un fonctionnement relativement harmonieux, mais dont le cycle de vie traverse des moments d'adaptation qui mettent en danger leur équilibre interne et particulièrement les éléments les plus faibles, les enfants qui deviennent alors boucs émissaires de la crise. Après un bref rappel sur cette affection, les auteurs examinent les multiples causes favorisant l'émergence de la violence intra-familiale. Cet éclairage montre que plusieurs facteurs culturels, sociaux et économiques sont à l'œuvre pour expliquer le déclenchement de la violence dont souffrent les petits drépanocytaires. Seule la mise en place d'une législation spéciale de prise en charge de ces enfants peut leur éviter une victimisation chronique au gré des conditions socio-économiques de leurs parents et de l'éthos ambiante.

MOTS-CLES • Maltraitance infantile - Violence psychologique - Drépanocytose - Afrique noire.

PSYCHOLOGICAL MALTREATMENT OF CHILDREN WITH SICKLE-CELL DISEASE IN CAMEROON. DESCRIPTION AND CASE REPORT

ABSTRACT • Psychological maltreatment of a children with sickle-cell disease is a form of parental dysfunction provoked by a crisis situation. In most cases, this type of child abuse involves a relatively harmonious family going through a period of adaptation that jeopardizes its internal equilibrium. The weakest components of the family, i.e., the children, become the scapegoats for the crisis. After a brief description of this disorder, the authors analyze the different causes that lead to eruption of intra-familial violence. Several cultural, social, and economic factors combine to trigger the maltreatment to which hapless children with sickle-cell disease fall victim. Special legislation to provide appropriate child care is the only alternative to prevent these situations from becoming chronic subject only to the socio-economic conditions of the parents and prevailing ethos.

KEY WORDS • Child maltreatment - Psychological abuse - Sickle-cell disease - Black Africa.

L'existence des mauvais traitements infligés aux enfants en Afrique noire a été admise et prouvée depuis les années 1980. Ils sont passés du stade du déni à celui de la reconnaissance. L'analyse des différents travaux publiés sur la question a permis d'en dresser une typologie.

Les formes les plus couramment rencontrées sont les sévices physiques, l'exploitation des enfants par le travail, les sévices sexuels, l'infanticide et l'abandon d'enfants. L'on

oublie bien souvent que ces violences envers les enfants peuvent aussi être d'ordre psychologique : il s'agit d'attitudes de dévalorisation, d'humiliation, de marginalisation et de rejet de l'enfant de manière répétée. Elles décrivent une série de comportements, de paroles, de climats créés autour de lui. Ceux-ci consistent souvent à l'insulter, à le dénigrer, à le priver de nourriture et des soins dont il a besoin pour son développement ou encore à refuser de l'inscrire à l'école. L'enfant devient alors un objet de haine et les parents sont dans un déni de toute relation subjective avec lui et de fait ne reconnaissent pas sa souffrance psychologique.

Ty rode et Bourcet, éclairés par Hart et Brassaud, nous rappellent qu'il y a six formes de mauvais traitements psychologiques : le dénigrement, l'isolement/confinement, le terrorisme, la corruption, l'indifférence et le rejet (1). Selon ces auteurs, l'*American Professional Society on the Abuse of Children* (APSAC) associe à cette classification une septième forme de maltraitance psychologique qui est la négligence

• *Travail du Service Service de Psychiatrie Infanto-Juvenile (D.M.M., Psychiatre des Hôpitaux, Criminologue-Victimologue) EPSMD de l'Aisne, Prémontré, France et de la PMI Centrale de Yaoundé (F.N., Pédiatre) Cameroun.*

• *Correspondance : D. Mbassa Menick, Psychiatre des Hôpitaux, Criminologue-Victimologue. Président de la CASPCAN, Service de Psychiatrie Infanto-Juvenile, EPSMD de l'Aisne 02320 Prémontré, France*
• *Fax : +33 (0) 3 23 23 68 06 • e-mail : daniel.mbassa@epsmd-aisne.fr •*

• *Article reçu le 29/01/2001, définitivement accepté le 30/06/2001.*

éducative. Ces violences sourdes peuvent provoquer des blessures invisibles et plonger l'enfant dans l'angoisse, la dépression, la perte de son estime. Plus tard, il peut en résulter des difficultés à construire son identité.

En se référant à la psychopathologie de la maltraitance, la thèse du risque élevé de mauvais traitements chez l'enfant porteur d'un handicap a été soutenue par plusieurs travaux (1-3).

Dans cet article, nous voulons rendre compte de la maltraitance des enfants atteints de drépanocytose par leur famille du fait de leur maladie. Il s'agit d'enfants légitimes dans une société où les représentations sociales de la drépanocytose peuvent être négatives ou ambivalentes. Parfois stigmatisés comme enfants du malheur, ils deviennent malheureux. La croyance qu'ils peuvent être dangereux rend souvent leur situation très complexe. Pis encore, leur prise en charge soutenue, onéreuse et assujettissante dans un milieu miné par la misère et la pauvreté, sans sécurité sociale, peut mettre le groupe familial en état de crise. Il perd le contrôle de son histoire et modifie la structure de ces interactions. Le seuil de tolérance diminue et la violence familiale vient «défonder» le lien, entraînant une souffrance psychologique et la mise en place d'un grave état de confusion, d'anxiété et d'épuisement pour la victime. L'un des effets de la situation de crise est d'accroître le risque de communication dysfonctionnelle ou d'exacerber celle-ci au sein du groupe familial. Tous ces éléments jouent en défaveur d'une insertion socio-familiale authentique, d'une estime de soi positive chez ces assistés condamnés à vivre aux crochets de leur famille. Ce travail est illustré par trois cas qui ont attiré notre attention à Yaoundé au Cameroun.

Il s'agit d'une situation douloureuse et dramatique qui mérite une analyse à la lumière des arguments anthropologiques, culturels, sociaux et économiques. Celle-ci devrait aboutir à une prise en compte de la souffrance de ces enfants dans leur globalité.

RAPPELS EPIDEMIOLOGIQUE ET CLINIQUE DE LA DREPANOCYTOSE CHEZ L'ENFANT

Rappel épidémiologique.

La drépanocytose est une affection héréditaire autosomique dominante fréquemment rencontrée dans les populations noires. Elle est répandue chez les Africains-Américains avec une fréquence de 9 % aux USA. On retrouve 5 % à 20 % de porteurs de la tare dans certaines ethnies d'Afrique centrale, notamment au Congo, en République Démocratique du Congo et au Nigeria (4). Au Cameroun, la fréquence du trait S est de 22,3 %. La fréquence de l'homozygotie S-S varie de 1,7 % à 9 % selon les régions du pays. L'incidence de la drépanocytose à Yaoundé est de 7,2 % (rapport du comité national de lutte contre la drépanocytose). Il s'agit d'un problème de santé publique, une réalité prise en charge par les pouvoirs publics en ce qui concerne le dépistage, la sensibilisation des populations qui ont longtemps perçu et considéré cette affection

comme une maladie mystique relevant de la sorcellerie. Mais la prise en charge en matière de soins reste entièrement aux frais des familles, elles-mêmes très démunies financièrement.

Les actions de préventions sont menées dans les PMI, les consultations obstétricales et au cours des campagnes nationales de lutte contre cette affection. Au cours de la campagne nationale de lutte contre la drépanocytose organisée par le ministère de la santé publique au Cameroun en 1997, il est apparu que le dépistage de cette affection se fait déjà dans la plupart des grandes villes du pays, notamment dans les chefs-lieux de province, mais il ne couvre pas encore l'ensemble du territoire national. A cause de l'action de sensibilisation des pouvoirs publics et des ONGs, la maladie est mieux perçue comme une affection héréditaire transmise génétiquement et non comme une maladie mystique. Si elle a été longtemps considérée comme telle, cette opinion reste de mise dans certaines régions du pays. Elle hante même encore de nombreuses familles qui la vivent mal compte tenu des sacrifices financiers qu'elle exige et des préjugés qui l'entourent encore dans certains milieux. En zone urbaine, le drépanocytair est mieux intégré. Mais en zone rurale, certains le considèrent encore comme un «revenant» (enfant qui meurt et qui revient, ou mystique) susceptible d'être dangereux pour le groupe familial et par extension pour le groupe d'appartenance du petit malade.

Le coût mensuel de la prise en charge thérapeutique par enfant malade peut varier de 150 à 1 000 FF selon que l'enfant est en crise ou non, en fonction de la gravité de la crise et de sa durée. Ce coût peut atteindre 20 000 FF en fonction du nombre de crises survenues dans le mois. Il est important de mentionner que le salaire moyen mensuel du fonctionnaire camerounais est d'environ 500 FF.

Rappel clinique.

La drépanocytose se caractérise par la déformation en faucilles des hématies en l'absence d'oxygène. C'est cette déformation qui est à l'origine des troubles présentés. D'où sa dénomination d'anémie falciforme. On distingue au point de vue clinique la forme homozygote (de formule génétique S/S, grave) de la forme hétérozygote (A/S) et des formes associées. On doit la suspecter chez tout enfant de race noire qui présente une paleur, un subictère, ou des douleurs osseuses réalisant ce que les pédiatres appellent le syndrome pieds-mains. Elle peut aussi se traduire par des douleurs thoraciques ou abdominales, dues presque toujours à des infarctus et à des thromboses. Ces douleurs évoluent par crises et ne sont jamais permanentes. Il existe toujours une anémie sévère, permanente. Celle-ci persiste en dehors des crises aiguës. Une splénomégalie est fréquente et reste généralement modérée. Le diagnostic de l'affection se fonde sur la recherche d'hématies falciformes dans le sang sous atmosphère désoxygénée. Il est généralement confirmé par une électrophorèse d'hémoglobine. De nombreuses complications émaillent souvent le cours de la maladie : pulmonaires (infections à répétition, infarctus, œdème aigu du poumon), des complications rénales (infections récidivantes, insuffisance rénale), osseuses (fractures pathologiques, ostéites ou

ostéomyélites), oculaires, hémato logiques (anémie chronique, aplasies médullaires), cardio-vasculaires (cardiomégalie, infarctus, insuffisance cardiaque), infectieuses et neurolo giques.

OBSERVATIONS

Nous rapportons ici trois cas parmi tant d'autres reçus à la consultation du Dr Ngoh dans les locaux de l'ancienne PMI centrale de Yaoundé. Cette structure fait aujourd'hui partie de la fondation Chantal Biya. Ces enfants font l'objet d'un suivi régulier parce qu'ils sont des « criseurs » chroniques. Au cours de ce suivi, certains ont brisé la loi du silence pour signaler, au médecin et à travers lui la communauté tout entière les mauvais traitements dont ils sont fréquemment victimes dans leurs familles.

Cas 1.

Dika Claude est âgé de 14 ans. Il a été reçu pour une crise vaso-occlusive sévère ayant nécessité une hospitalisation. Il est le quatrième enfant d'une fratrie utérine de 6. Ses parents ont des revenus moyens permettant à peine à la famille de vivre. Claude collabore à l'entretien tant que l'examineur n'aborde pas sa scolarité ni sa vie familiale. Mais, dès qu'on y fait allusion, il se referme sur lui-même et déclenche des réactions d'irritabilité. Parfois, il ne répond plus et fond en larmes. Il a été déscolarisé en quatrième alors qu'il était admis en classe supérieure pour préparer le brevet des collèges. Ses parents n'en peuvent plus, ils ne peuvent plus assurer à la fois ses études et ses soins. Le petit Dika vit très mal cette décision qui est intervenue après une série cumulative d'autres frustrations, de négligences et de sévices. Cet enfant fait le récit d'une existence pénible : il est souvent battu et insulté par ses parents, ses repas sont réduits par rapport à ceux de ses frères et sœurs. Il est l'objet de menaces et de brimades de toutes sortes. Les petites phrases assassines du type « Tu es un gouffre financier qui consomme tout l'argent », « Tu es le malheur de la famille », « Ta maladie nous fatigue... », constituent désormais les éléments essentiels de la litanie familiale. Malgré le recours à ses oncles et tantes, personne n'entend son cri de détresse. Il est résigné et révolté, la tristesse ne le quitte plus. Aujourd'hui, il cherche un emploi pour se prendre en charge afin de sortir de ce qu'il qualifie lui-même d'enfer.

Cas 2.

Kamga Ghislaine a 11 ans. Elle est le deuxième enfant d'une fratrie de 4. Sa maladie a été découverte 2 ans plus tôt au cours d'une crise drépanocytaire. Depuis lors, les crises se sont succédées entraînant d'énormes dépenses pour ses parents.

Non seulement elle a été déscolarisée au cours moyen 2^e année, mais elle a constaté un changement dans le comportement de ses parents : jadis choyée parce qu'elle est l'unique fille de la fratrie, elle est traitée de « diable qui ruine la famille », de « sorcière qui est née deux fois » (enfant qui meurt et qui revient). En somme, elle est moins bien traitée que le reste de la famille. Pire, elle se sent abandonnée, rejetée surtout par son père. Son enfance est peu épanouissante, sa position semble sacrificielle. A 11 ans, Ghislaine porte déjà sur son visage l'expression de la résignation. De notre dernier contact, il nous reste le souvenir d'une tristesse profonde, d'un climat de méfiance et de froideur. Ghislaine a perdu le goût de la vie. Elle a fugué plusieurs fois. Elle a aussi tenté de se suicider à maintes reprises.

Cas 3.

Bélinga Martin est âgé de 9 ans et vit dans sa famille biologique. Il a été déscolarisé au cours élémentaire 2^e année parce que ses parents n'en pouvaient plus ; il fallait choisir entre ses multiples hospitalisations et les études. Au cours de l'année 1996, il a eu plusieurs crises très rapprochées, dont 3 étaient particulièrement graves et onéreuses pour sa famille, nécessitant des traitements médicaux et chirurgicaux. L'une des crises a coûté 7500 FF. L'autre, 9750 FF pour un couple qui n'a qu'un revenu mensuel de 440 FF. Les parents se sont endettés, ils ont même hypothéqué tous leurs biens meubles pour le sauver. Depuis ce temps, le père est excédé et ne décolère plus. Il est devenu très irritable et de plus en plus agressif. Martin est souvent battu parce qu'il est, de l'avis de son père, « un budgétivore », « une malchance » ou « une calamité pour la famille ». Ses jouets et habits neufs sont désormais confisqués par ce dernier. L'enfant est très triste, mais il pense déjà travailler pour se prendre en charge.

COMMENTAIRES

Ces observations posent le problème de l'impact des affections chroniques et des handicaps sur la maltraitance infantile. Nous avons préféré faire une étude analytique plutôt que d'apporter des chiffres car il est difficile de mettre en chiffres ce que les gens ressentent. L'enjeu de notre intervention est d'attirer l'attention des pouvoirs publics sur le sort de ces victimes, de décrire, de comprendre et d'expliquer la souffrance psychologique de ces enfants.

A l'entretien, la révélation de la maltraitance s'est faite spontanément. Ces enfants avaient tous un ton sincère, des propos cohérents, ils étaient tous tristes et éprouvés.

Plusieurs situations maltraitantes ou vécues comme telles ont émaillé leurs vies respectives : déscolarisation, insultes, négligences, rejet, diminution des repas ou privations de nourriture (dans les familles où la ration alimentaire était réduite pour tout le monde, l'enfant n'en parlait pas. Il n'en parlait que lorsqu'il se rendait compte qu'il était l'objet d'un traitement particulier), sévices physiques, absence de soins corporels (toilette, etc.).

La volonté de travailler, la fugue et la tentative de suicide peuvent être un essai désespéré de ces enfants de distendre un lien familial vécu comme étouffant. Ils peuvent apparaître comme des messages sur la nécessité de changer la nature de la relation tendue dans laquelle ils sont enfermés, ajoutant ainsi aux souffrances physiques générées par leur maladie.

Il s'agit des familles qui avaient un fonctionnement relativement harmonieux, mais dont le cycle de vie traverse des moments d'adaptation qui mettent en péril leur équilibre interne et particulièrement les éléments les plus faibles, les enfants qui deviennent alors boucs émissaires de la crise (5).

Pour Gabel, la maltraitance apparaît lorsque les fonctions symboliques parentales ne sont plus assurées, parce qu'elles sont détournées par ces parents, à ce moment-là de leur vie, vers d'autres fonctions vitales. C'est une dysparentalité ou une maltraitance de crise (5).

A l'évidence, le malheur de ces enfants trouve d'abord ses fondements dans les conditions socio-économiques précaires de leur famille. Sous le poids des dépenses afférentes à la maladie de l'enfant sur lequel se focalise l'angoisse familiale, le dépit s'installe progressivement. Le chagrin et l'amertume mêlés de ressentiments induisent une tension dans la famille.

Dans nos cas, elle s'est traduite par les éléments que nous avons énumérés plus haut sans prétention aucune à l'exhaustivité. Ils installent à l'évidence la souffrance de nombreux enfants drépanocytaires. Heureusement, dans ce type de cas, il y a le plus souvent demande d'aide parce qu'il y a culpabilité et souffrance. Mais c'est le plus souvent l'enfant, bouc émissaire, qui parle.

Que l'on lui demande de choisir entre l'école et les soins, que des parents puissent lui dire «tu es un malheur», «une catastrophe» «une calamité» ou «une malchance», voilà bien des paradoxes. La chose est malheureusement si fréquente qu'elle est devenue banale et passe inaperçue. Parfois même, l'adulte, dépassé par sa violence, exprime lui-même une demande d'aide. Cette violence psychologique nécessite pour sa compréhension (et non pour sa justification) des données anthropologiques, culturelles et socio-économiques. Chacune de ces données a une influence manifeste sur la manière dont l'enfant sera traité. Mais avant d'y arriver, nous allons d'abord procéder à l'analyse de la violence dans le projet socio-éducatif de l'enfant chez les africains.

Données anthropologiques.

Dans une lecture anthropologique des mauvais traitements à travers les cultures camerounaises et négro-africaines, Ngouura a montré que le système éducatif présente un visage répressif qui peut paraître insupportable aux yeux d'un observateur occidental (6, 7). Pour lui, «les sanctions corporelles, les insultes, les privations de nourriture, les railleries, les sarcasmes...» constituent des techniques pédagogiques pour inculquer aux enfants la hiérarchie des valeurs propres à la société. Cependant, ce qui pourrait apparaître comme brimades, cruauté mentale, privations, arbitraire de la violence sont socialisés, domestiqués et même culturalisés avec un dispositif protecteur pour limiter et prévenir les abus nocifs au développement et à l'épanouissement de l'enfant.

Cette hypothèse a été reprise et explicitée par Ezembé qui a distingué deux types de violence dirigée contre l'enfant : les violences socio-pédagogiques qui font partie du projet de société, donc généralement admises par la communauté, les secondes se manifestant par une intention sadique de nuire et pouvant faire l'objet de réprobations (8, 9).

C'est le cas de la sorcellerie ou de certains châtiments corporels démesurés. Ainsi, dans les sociétés africaines, «les châtiments corporels font partie de l'éducation normale des enfants, ils sont repris et légitimés par les autorités administratives, judiciaires et scolaires. Les parents qui ne le font pas sont considérés comme laxistes, voire démissionnaires» (9). Ces situations peuvent encore être facilement repérées dans les populations d'Afrique noire, sous des

formes identiques ou légèrement différentes même en situation de migration.

L'éducation de l'enfant se déroule dans un climat de répression collective. Au Sénégal par exemple, la loi autorise celui qui exerce l'autorité paternelle à infliger corrections et réprimandes dans la mesure du compatible avec l'âge de l'enfant et l'amendement de son comportement (Art.235 du code de la famille). Dans l'entourage, n'importe qui peut infliger une correction à un enfant même s'il n'en est pas le géniteur, dès qu'il est établi que celui-ci a commis une faute qui mérite une sanction. Les parents géniteurs ne porteront pas plainte, comme on l'observe souvent en Occident, s'ils sont convaincus que la punition a été administrée dans l'intérêt de l'enfant. D'ailleurs, un enfant sanctionné pour une faute par un voisin n'osera pas se plaindre auprès de ses parents. Se plaindre peut l'exposer à des sanctions supplémentaires et plus sévères s'il a effectivement commis une faute.

C'est ce théâtre de soumission et de répression permanentes qu'Ezembé (9) a qualifié à juste titre de *parenté de crainte*. Une telle organisation sociale pousse parfois les parents au déni et à l'ignorance de la douleur, voire de la souffrance de l'enfant.

Données transculturelles.

L'analyse mentionnée ci-dessus au sujet du projet socio-pédagogique de l'enfant en milieu africain sous le double éclairage de Ngouura (6, 7) et d'Ezembé (8, 9) mérite d'être retenue ici et justifie en partie cette dure réalité. A cela, on peut adjoindre la notion de sorcellerie. En Afrique, la sorcellerie a toujours coexisté avec l'animisme et cohabité avec les religions révélées. Elle fait partie du système d'interprétation de la réalité quotidienne (10).

Ainsi, les croyances font des victimes car «les accusations de sorcellerie divisent les parents : la sorcellerie est l'envers de la parenté» (11). Une attaque sorcière peut se résumer à une parole, parce qu'en matière de sorcellerie, le verbe c'est l'acte lui-même. On comprend dès lors l'analyse qu'en fait Favret Saada à propos de son étude dans le bocage vendéen (12) : «Une parole prononcée dans une situation de crise pour celui qui sera plus tard désigné comme sorcier est interprétée après coup comme ayant pris effet sur le corps et les biens de celui à qui elle s'adressait, lequel se dénommera de ce fait ensorcelé». Il peut alors en découler une agressivité.

Pour Collomb, «la sorcellerie-anthropophage est à la fois un des modes d'interprétation des maladies mentales et un vécu qui organise les relations interindividuelles, tout au moins à un certain niveau et dans certaines circonstances qui favorisent l'émergence de l'agressivité» (13). A cet effet, un enfant perçu comme sorcier ou «revenant» peut provoquer l'émergence de l'agressivité chez ses parents, dès lors qu'ils se mettent en position de se défendre contre un être, pourtant innocent, désigné comme persécuteur et dangereux par des croyances séculaires qui font force de loi.

La sorcellerie reste la hantise des Africains, d'où la continuité d'une vision persécutive de la maladie par les uns et les autres souvent partagée par tout le monde, y compris les personnels soignants. On peut imaginer les

dangers encourus par les petits drépanocytaires souvent accusés à tort de sorciers ou de « revenants » dans certains milieux.

Cette situation peut mettre le groupe familial en état de tension. Il en résulte des mutilations affectives importantes, des négligences graves et même des abandons purs et simples. Dans un travail sur la dyade de la relation mère-enfant ou la prise en charge de l'enfant africain, Lolo a évoqué le cas des enfants qui naissent pour mourir (14).

Les familles les perçoivent comme habités par un esprit malin, donc menaçants. Ailleus, Zampléni et Rabain ont décrit chez les Wolofs et les Lébois du Sénégal une entité psychopathologique de ce genre appelée enfant *Nit Ku Bon* (15). Ces enfants sont considérés comme des enfants particuliers et entourés de mysticisme. A cet égard, ils peuvent provoquer des sentiments ambivalents chez leurs parents, qui peuvent avoir des comportements hyper-protecteurs pour les maintenir dans la société des Hommes ou plutôt des comportements de crainte et de rejet. Dans ce dernier cas, l'enfant peut être déposé en brousse ou dans la forêt et abandonné pour ne pas être une source de malheur pour sa famille. Une telle perception, parfois délirante, peut entraîner des sévices graves à l'enfant. Du coup, nous nous surprenons à susurrer cette phrase de Wamié : « La famille présente ce double visage, celui de l'ordre et du désordre, de l'intégration des personnes et de la fabrication des victimes » (11).

Données sociales.

Cet argument s'appuie sur la crise des rôles parentaux née des bouleversements sociaux introduits par l'urbanisation et l'acculturation (9). Les structures familiales se bouleversent tous les jours en Afrique avec perte des valeurs dont ce continent était jadis fier : l'être ensemble, la solidarité, le partage, l'hospitalité, la tolérance, etc.. Aujourd'hui, comment évoluent les modèles traditionnels au contact du monde urbain dominé par les modèles éducatifs occidentaux transmis par les médias et le système scolaire ? A cette question, Ezembé, éclairé par Cacou, affirme qu'en milieu urbain, les parents africains consacrent peu de temps à leurs enfants, non par démission, mais parce qu'ils doivent jouer un rôle pensé ailleurs « c'est-à-dire considérer leurs enfants comme des partenaires égaux » d'une part, mais aussi s'en occuper tout seul, contrairement au contexte traditionnel où l'enfant était sous la protection de tous les adultes de la communauté (9).

D'autre part, les parents africains ne sont plus sûrs des valeurs qu'ils veulent transmettre à leurs enfants. Les sociétés traditionnelles africaines, nous dit-il, proposent la solidarité, l'esprit communautaire, l'honneur, l'intégrité, la pudeur. La société moderne propose l'individualisme, la compétition, la liberté sexuelle, etc.. Pour lui, cette incertitude mêlée d'un conflit de valeur est souvent source de nombreuses violences des adultes sur les enfants. Elle met aussi les enfants dans une situation de déshérence culturelle.

Données économiques.

L'Afrique est par essence un continent pauvre. L'Afrique noire l'est plus encore. Elle s'installe chaque jour dans un état de développement du sous-développement et à ce titre, elle sera encore plus pauvre dans les années à venir comme le prévoient les indicateurs économiques et les chroniques journalistiques.

Dans un tel contexte de misère étale et d'acculturation aggravée par la dévaluation du franc CFA et la crise économique, « la femme et ses enfants assistent à la dégradation de l'image de l'homme, confronté à des difficultés économiques et luttant pour sa survie » (9).

L'homme n'est plus le protecteur, la référence, parce qu'il n'arrive plus à assurer la survie de la famille. Il est méprisé, perd sa dignité et son honneur. Accablé de dettes, confronté à des dépenses de plus en plus pressantes à supporter, menacé dans sa dignité, il s'installe dans la violence pour refaire son image bafouée.

Dans de telles situations on peut assister à une escalade de violence dont les enfants sont les premières victimes. Et un enfant malade chronique, comme le drépanocytaire, dont la prise en charge nécessite des moyens conséquents, sera perçu comme une menace pour l'équilibre familial. Il en résulte alors des négligences, des privations voire des sévices physiques avec souhait conscient ou non de la mort de cet « enfant du malheur », de cet enfant « budgétivore ».

C'est ici que l'étude de Lachman trouve tout son sens. Pour lui, la protection de l'enfant en Afrique est fortement ombragée par les problèmes économiques et politiques (16). Tous ces arguments évoqués plus haut font de l'enfant la (première) victime expiatoire des fautes qu'il n'a pas commises.

CONCLUSION

En définitive, la drépanocytose est un problème de santé publique au Cameroun. Elle devrait être reconnue et déclarée cause nationale par les pouvoirs publics. La convention internationale sur les droits des enfants ratifiée par le Cameroun stipule que « la responsabilité d'élever l'enfant incombe d'abord aux parents, mais les Etats leur accordent l'aide appropriée et assurent la mise en place d'institutions qui veillent au bien-être de l'enfant ». Si cette affection est reconnue cause nationale, les pouvoirs publics accorderaient un peu plus d'intérêt à ces enfants, notamment en instaurant la gratuité des soins pour eux. La délivrance systématique de cartes aux enfants drépanocytaires devrait rendre possible cet accès gratuit aux consultations, aux hospitalisations et à l'exonération des médicaments. L'accès devrait être facilité d'autant plus que la Convention sur les Droits de l'Enfant stipule aussi que « les enfants handicapés ont droit à un traitement, une éducation et des soins spéciaux ». Si tel n'est pas le cas, alors la ratification de la convention internationale des droits de l'enfant faite à grand renfort de publicité par nos états n'est qu'une pure hypocrisie. C'est un appel lancé aux autorités et aux organismes gouvernementaux, comme non gouvernementaux, à mettre en place des instructions légales ainsi que des moyens financiers requis à titre de la prévention, un tel choix se pose aussi en termes d'éthique.

REFERENCES

- 1 - TYRODE Y., BOURCET S. - La maltraitance psychologique de l'enfant et de l'adolescent. *Forensic* 2000, no 2-3, avril-juin / juillet-septembre, pp. 20-23.
- 2 - SULLIVAN P.M., KNUTSON J.F. - Maltreatment and disabilities : a population-based epidemiological study. *Child Abuse Negl.* 2000 ; **24** : 1257-1273.
- 3 - SULLIVAN P.M., KNUTSON J.F. - The prevalence of disabilities and maltreatment among runaway children. *Child Abuse Negl.* 2000 ; **24** : 1275-1288.
- 4 - GENTILLINI M. - Hémodoglobinoses. In « Médecine tropicale ». Flammarion ed., Paris, 1993, pp. 513-531.
- 5 - GABEL M. - De la difficulté de dire pour les familles à la difficulté d'entendre pour les professionnels. *Neuropsychiatr. Enfance Adolesc.* 1999 ; **47** : 117-124.
- 6 - 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. 30/31 août- 1er septembre organisés par D.E.I. - Cameroun à Yaoundé, 1993, pp 53-70.
- 7 - NGOURA C. - Cultures et mauvais traitements infantiles. Séminaire international sur les mauvais traitements des mineurs : réalités, caractéristiques, enjeux, réponses. ISPCAN - AFIREM - DEI- Cameroun, 20-24 Juin 1995, Yaoundé.
- 8 - EZEMBE F. - Droit de l'enfant et approche de la maltraitance dans les cultures africaines. *Migrant-formation* 1995 ; **103** : 60-71.
- 9 - EZEMBE F. - Comment la violence psychologique est pensée dans les pratiques familiales, sociales, éducatives et juridiques en situation de migration. In « GABEL M. - Maltraitance psychologique ». Fleurus ed., Paris, 1997, pp. 293-316.
- 10 - MBASSA MENICK D. - Les psychoses collectives, 1997. Mémoire d'études pour le diplôme d'université de psychiatrie légale. Université de Paris XI, Faculté de médecine de Paris sud, le Kremlin-bicêtre, 103 p.
- 11 - WARNIER J-P. - La famille comme lieu du non droit, regard d'un ethnologue. 2e salon international de psychiatrie et du Système Nerveux Central (S.N.C.). 3-5 Novembre, 1994, Paris.
- 12 - FAVRET SAADA J. - Les mots, la mort, les sorts. Gallimard ed., Paris, 1977.
- 13 - COLLOMB H. - Sorcellerie-anthropophagie et la relation duelle. International congress of psychoanalysis on «madness», Milan, 1-4 décembre 1976.
- 14 - LOLO B. - La dyade de la relation mère-enfant ou la prise en charge de l'enfant africain. *Transition* 1991 ; n° 31.
- 15 - ZAMPLENI A., RABAIN J. - L'enfant Nit ku bon, un tableau psychopathologique traditionnel chez les Wolofs et les Lébois du Sénégal. *Psychopathologie Africaine* 1965 ; **I** : 295- 439.
- 16 - LACHMAN P. - Child protection in Africa. The road ahead. *Child Abuse Neglect.* 1996 ; **20** : 543-547.

Sixième congrès international francophone de médecine tropicale

Santé et urbanisation en Afrique

Dakar
22-25 octobre 2001

Organisées par

La Société Française de Pathologie Exotique

Renseignements et inscriptions :

Société de Pathologie Exotique
Institut Pasteur
25 rue du Docteur Roux
75015 Paris

Tel. +33 (0) 1 45 66 88 69 • Fax : +33 (0) 1 45 66 44 85
e-mail : socpatex@pasteur.fr