



Rapport final

Réf. : 2006o2

Septembre 2008

Influence des théories implicites d'intervenants professionnels dans la perception et l'analyse des situations d'enfants en danger

Pierre G. Coslin

PHILIPPE BONNET
ANNICK CARTRON
HÉLÈNE CHAUCHAT
HENRIETTE ENGLANDER
CELINE GIRON
JOCELYNE HANSEN
JOCELYNE JOUREAU-COSLIN

GILLES LEGRAND
AHMED MOHAMED
ELENA MYASOEDOVA
ALEXANDRE PEYRE
BRIGITTE TISON
YVANE WIART

Appel d'offres annuel 2006

**Influence des théories implicites d'intervenants professionnels
dans la perception et l'analyse des situations d'enfants en danger**

ETUDE CONDUITE SOUS LA DIRECTION DU PROFESSEUR PIERRE G. COSLIN

Directeur de l'Equipe GERPA

**Laboratoire de Psychologie Clinique et de Psychopathologie
Institut de Psychologie de l'Université René Descartes-Paris 5
Groupe d'Etudes et de Recherches en Psychologie de l'Adolescent**

PHILIPPE BONNET	JOCELYNE JOUREAU-COSLIN
ANNICK CARTRON	GILLES LEGRAND
HÉLÈNE CHAUCHAT	AHMED MOHAMED
PIERRE G. COSLIN	ELENA MYASOEDOVA
HENRIETTE ENGLANDER	ALEXANDRE PEYRE
CELINE GIRON	BRIGITTE TISON
JOCELYNE HANSEN	YVANE WIART



SOMMAIRE

INFLUENCE DES THEORIES IMPLICITES D'INTERVENANTS PROFESSIONNELS DANS LA PERCEPTION ET L'ANALYSE DES SITUATIONS D'ENFANT EN DANGER

Composition de l'équipe scientifique	7
Première partie : Présentation de l'étude	9
I. Présentation théorique	9
1. L'enfance en danger	9
2. Les théories implicites relatives à l'enfant	10
3. Les théories implicites de la bienveillance et de la maltraitance	11
4. Conception de la violence et de son éventuelle « justification »	12
5. Histoire personnelle, identité professionnelle, résonance des formations	13
II. Méthodologie	15
1. La procédure	15
2. Les professionnels	15
2.1. Les écoutants de téléphonie médico-sociale	16
2.2. Les professeurs des écoles	17
2.3. Les médecins	18
2.4. Les psychologues	19
2.5. Les assistants de service social	20
2.6. Les gendarmes et les policiers	21
2.7. Les magistrats	21
3. Les questionnaires et les entretiens	21
3.1. Questionnaire relatif à la conception de la violence et de ce qui pourrait la justifier	21
3.2. Questionnaire relatif aux caractéristiques personnelles valorisées chez l'enfant par les professionnels	22
3.3. Questionnaire relatif aux comportements parentaux valorisés	23
3.4. Questionnaire relatif aux pratiques éducatives	24
3.5. Les entretiens	25

Deuxième partie : Analyse des résultats qualitatifs	27
1. Les écoutants de téléphonie médico-sociale	27
1.1. Les représentations de la maltraitance	28
1.2. Origines, causes et explications	28
1.3. Vécu : difficultés rencontrées/affects	29
1.4. Gestion des difficultés et affects – Compétences professionnelles	29
1.5. Les besoins, les demandes	30
1.6. La bientraitance	30
2. Les professeurs des écoles	30
2.1. Les représentations de la maltraitance	30
2.2. Origines, causes et explications	31
2.3. Vécu : difficultés rencontrées/affects	31
2.4. Gestion des difficultés et affects	32
2.5. Compétences professionnelles	32
2.6. La bientraitance	33
2.7. Gestion des difficultés et affects	33
2.8. Les besoins, les demandes	34
3. Les médecins	34
3.1. Les représentations de la maltraitance	35
3.2. Origine, cause et explications	35
3.3. Vécu : difficultés rencontrées/affects - Gestion des difficultés et affects	35
3.4. Compétences professionnelles – Besoins et demandes	36
3.5. La bientraitance	37
4. Les psychologues	37
4.1. Les représentations de la maltraitance	38
4.2. Origine, causes et explications	39
4.3. Vécu : difficultés rencontrées/affects	40
4.4. Gestion des difficultés et affects - Compétences professionnelles	41
4.5. Les besoins, les demandes	41
4.6. La bientraitance	42
5. Les assistants de service social	42
5.1. Les représentations de la maltraitance	42
5.2. Origine, causes et explications	43
5.3. Vécu : difficultés rencontrées/affects	44
5.4. Gestion des difficultés et affects	45
5.5. Compétences professionnelles	45
5.6. La bientraitance	46
6. En guise de conclusion des entretiens	46

Troisième partie : Analyse des résultats quantitatifs	49
I. Population	49
II. Questionnaire de justification de la violence	51
1. Description par catégories d'intervenants	51
1.1. Questionnaire de tolérance envers la violence faite aux enfants	51
1.2. Questionnaire de jugement sur la violence des comportements	53
2.2.1. Échelle d'intimidation	54
2.2.2. Échelle d'isolement	56
2.2.3. Échelle de rejet	58
1.3. Questionnaire d'attribution de la violence	60
1.3.1. Non responsabilité du parent	60
1.3.2. Blâme de l'enfant	62
2. Résultats de l'ACP et des nuées dynamiques sur le questionnaire de justification de la violence (hors échelle d'attribution, placée en supplémentaire)	64
2.1. Résultats des nuées dynamiques en 5 classes	66
2.2. Résultats des nuées dynamiques en 3 classes	69
2.3. Projection des 3 classes dans le nuage des individus (ACP)	70
2.4. Projection des différents groupes d'intervenants sur le plan 1/2	72
III. Échelle d'attribution de la violence (ACP spécifique)	73
IV. Échelle de pratiques éducatives, description par catégories d'intervenants	76
1. Pratiques éducatives de type autoritaire	76
2. Pratiques éducatives de type laxiste	78
3. Pratiques éducatives de type libéral	80
v. Questionnaire concernant les comportements parentaux valorisés	82
1. Description par catégories d'intervenants	82
2. Résultats de l'ACP sur le questionnaire des comportements parentaux valorisés	86
VI. Questionnaire sur les traits de caractère	89
1. Description par catégories d'intervenants	89
2. Résultats de l'ACM sur le questionnaire concernant les traits de caractère	90
VII. En guise de conclusion des questionnaires	93

Quatrième partie : Synthèse et recommandationsecommandations	95
I. Synthèse	95
1. Des profils associés aux professions ?	96
2. Une valorisation des pratiques éducatives peu liée au statut professionnel	97
3. Caractéristiques par groupes d'intervenants	98
3.1. Les travailleurs sociaux	98
3.2. Les écoutants de téléphonie médico-sociale	99
3.3. Les enseignants	100
3.4. Les médecins	102
3.5 Les gendarmes	103
3.6. Les psychologues	104
4. Des profils transversaux	106
5. De l'indécision à la tolérance à propos des violences psychologiques	109
II. Recommandations	111
Références	115
Annexes	117

INFLUENCE DES THEORIES IMPLICITES D'INTERVENANTS PROFESSIONNELS DANS LA PERCEPTION ET L'ANALYSE DES SITUATIONS D'ENFANT EN DANGER

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, par contre, portent sur les professionnels exerçant dans le champ de l'enfance susceptible d'être maltraitée et sur les représentations qui sont leur, tant de l'enfance, que des pratiques éducatives adéquates, de la négligence et de la violence. Or ces représentations sont susceptibles d'influencer leurs attitudes, leurs décisions et leurs prises en charge de ces enfants. La présente étude a pour objectif de mettre en évidence l'influence de ces représentations et de déterminer les besoins en matière de formation qui en résultent chez ces professionnels.

COMPOSITION DE L'EQUIPE SCIENTIFIQUE

L'équipe en charge de l'étude se compose de six enseignants-chercheurs universitaires, d'un ingénieur de recherche CNRS et de cinq psychologues. Cette équipe est issue de l'Equipe GERPA du Laboratoire de Psychologie clinique et de Psychopathologie de l'Institut de Psychologie de l'Université Paris Descartes. Elle bénéficie du soutien financier de l'Institut de Psychologie et d'une subvention de l'Observatoire National de l'Enfance en Danger.

L'équipe adresse ses remerciements les plus vifs à l'ONED et au Professeur Paul DURNING 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.

COSLIN	Pierre G.	Professeur, Université Paris Descartes Responsable de l'étude
CARTRON	Annick	Maître de conférences, U. Paris Descartes
TISON	Brigitte	Docteur en Psychologie, Ecoutant SNATED, Psychologue en service de pédopsychiatrie (60)
CHAUCHAT	Hélène	Maître de conférences, U. Paris Descartes
GIRON	Céline	Maître de conférences, IUFM Paris
ENGLANDER	Henriette	Maître de conférences, IUT de Bobigny Département de carrières sociales
BONNET	Philippe	Ingénieur de recherche CNRS Statisticien

HANSEN	Jocelyne	Psychologue scolaire, Doctorant
WIART	Yvane	Psychologue de la santé, Doctorant
JOUREAU-COSLIN	Jocelyne	Psychologue clinicienne Secteur I04 de pédopsychiatrie (78)
MOHAMED	Ahmed	Docteur en Sciences de l'Éducation, Psychologue consultant en formation auprès des Conseils généraux (51, 91)

A cette équipe ont été associés trois collaborateurs pour la conduite des actions sur le terrain .

LEGRAND	Gilles	Psychologue du développement
MYASOEDOVA	Elena	Docteur en médecine, Psychologue
PEYRE	Alexandre	Psychologue

Première partie

PRESENTATION DE L'ETUDE

I. Présentation théorique

La présente étude a pour objet de mettre au jour les représentations de ces professionnels et de préciser les liens entre représentations et pratiques afin d'éclairer les programmes de formation des différents intervenants auprès de l'enfance en danger.

1. L'enfance en danger

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. Les négligences lourdes (4 400) et les violences psychologiques (2 500) sont à peu près stables, mais les violences sexuelles (5 500) et les violences physiques (6 600) progressent fortement. Le nombre d'enfants « en risque » est passé de 71 000 à 76 000 et celui des enfants « en danger » de 89 000 à 95 000, ce qui représente une augmentation de près de 7 %. En une seule année, les conseils généraux ont ainsi enregistré autant de nouveaux signalements qu'au cours des cinq années précédentes.

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. Il semble en effet que les enfants souffrant de violences psychologiques soient nombreux mais 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 reste encore la grande absente dans les représentations sociales. Or, 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.

Des enquêtes ont été effectuées par l'ODAS (2005) 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 constitue 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.

2. Les théories implicites relatives à l'enfant

Les représentations auxquelles la plupart des 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. Dans la continuité de la « théorie naïve » d'Heider (1958) et des « théories de l'attribution », Vandenplas-Holper (1987) estime ainsi que les parents, les enseignants, les éducateurs acquièrent des connaissances relatives aux processus de développement et à l'action éducative grâce à leurs expériences de prises en charge des enfants, représentations se construisant et évoluant par une interaction entre la réalité de la pratique éducative et les informations reçues à ce sujet. La manière dont ces informations seraient comprises et intégrées dépendrait de leur expérience personnelle antérieure.(Moscovici,1984).

Pour les psychologues sociaux francophones (Beauvois, 1984; Leyens, 1983) le terme de représentation sociale, tel qu'il a été primitivement défini par Moscovici est celui qui regroupe le mieux toutes les terminologies utilisées : cognitions, perceptions, croyances, connaissances, concepts quotidiens, théories implicites. Pour Moscovici, les éléments fondamentaux de la représentation sont les informations dont dispose le sujet par rapport à l'objet et l'attitude qu'il a à son égard. Ces informations dépendent beaucoup de l'expérience personnelle, de la position « de naïf » ou « d'expert » de l'individu, et des démarches faites pour acquérir auprès d'experts ou dans les médias des informations plus ou moins systématisées. Les représentations se construisent et évoluent par cette interaction entre l'expérience personnelle antérieure et les informations reçues à ce sujet, certaines informations pouvant même être rejetées ou ignorées si elles sont en contradiction avec les représentations existantes.

Toujours selon Moscovici, l'attitude concerne la dimension, en positif ou en négatif, que l'individu accorde aux divers éléments de la représentation. Compte tenu de l'histoire personnelle du parent ou de l'éducateur, l'implication de chacun est différente et les éléments de formation et d'information ne seront pas connotés de la même façon : parents, enseignants et éducateurs peuvent avoir reçu les mêmes informations et cependant avoir des théories implicites fort différentes. Par exemple, Mugny et Carugati (1985) montrent que les représentations sociales de l'intelligence diffèrent chez les parents selon que leurs enfants sont bien ou mal adaptés aux exigences scolaires et chez les enseignants selon leur expérience évoluée par leur ancienneté ou par le fait qu'ils soient ou non eux-mêmes parents. De plus, il faut souligner que ces théories sont très

liées aux conceptions que la société a de l'enfant à une époque donnée et dans un milieu donné. Si la famille a fortement évolué dans les trente 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 aujourd'hui, tandis que les liens d'alliance paraissent au contraire très fragilisés. Si la vie de couple n'a pas réellement diminuée depuis trois décennies, elle prend des formes nouvelles moins lisibles et plus difficile à cerner (Coslin 1998, 2007). Si l'enfant est aujourd'hui l'objet d'un fort investissement de tous ordres, en particulier pédagogique et éducatif, d'une classe sociale à une autre n'en apparaissent pas moins des différences liées aux positions économiques et sociales des familles, dont découlent des pratiques sociales diversifiées (Gabel, 2002).

- Dans les couches supérieures, la relation affective est principalement 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.
- Dans les couches moyennes, on trouve une extrême préoccupation scolaire et pédagogique. 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 couches populaires 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.

3. Les théories implicites de la bienveillance et de la maltraitance

Généralement, les théories implicites sont étudiées en ce qui concerne le développement de l'enfant tout venant dans des situations dites normales. Mais compte tenu de ce que peuvent être leur influence, il semble important de savoir comment elles s'organisent dans le cas de situations particulières comme celle de l'enfant victime de maltraitance.

Ionescu *et al.* (2005) 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 : comment les caractéristiques des textes relatifs à l'abus sexuel peuvent avoir pour effet de réduire de manière importante la nature et la gravité de la maltraitance avec le passage d'une conception de « l'enfant victime » à celle de « l'enfant malveillant ». De plus, les analyses soulignent que bien peu d'articles proposent une compréhension écosystémique de la situation de maltraitance. Cette analyse a l'avantage de rapporter des travaux expérimentaux montrant comment les articles de journaux pourraient 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.

Les professionnels ont également des représentations de la bienveillance liée à la satisfaction des besoins psychosociaux aux composantes affectives, cognitives, sociales et idéologiques (Pourtois et Desmet, 2004).

- Les besoins du domaine affectif sont associés à la notion d'affiliation. On y trouve les besoins d'attachement, d'acceptation et d'investissement.

L'attachement renvoie aux liens précoces et profonds que l'enfant établit avec son entourage. L'acceptation est concrétisée par la création d'un espace bienveillant et sécurisant autour de l'enfant. L'investissement s'inscrit dans le contexte du projet éducatif qui correspond aux représentations que les parents se font de l'avenir de l'enfant.

- Les besoins cognitifs sont à la base de l'accomplissement de l'individu. Les besoins de stimulation, d'expérimentation et de renforcement constituent cette catégorie.
- Les besoins sociaux sont indispensables pour accéder à l'autonomie sociale. Il faut donc répondre aux besoins de communication, de considération et de structures. La considération renvoie à l'idée d'égard et d'estime : pour vivre en société, tout être humain a besoin d'être reconnu en tant que personne avec des mérites, des compétences, une dignité...
- Les besoins idéologiques renvoient à la notion de valeurs. Il n'y a pas d'éducation sans valeurs. Celles-ci sont présentes dans les réponses aux besoins affectifs, cognitifs et sociaux. La construction identitaire de l'enfant est faite tout à la fois de réponses satisfaisantes et non satisfaisantes à ces besoins. Les souffrances pour autant qu'elles ne bloquent pas le développement sont des éléments indissociables de la vie et permettent des restructurations identitaires bénéfiques. Les auteurs soulignent que le cadre théorique ne suffit pas pour cerner le problème de la bienveillance et précisent que la façon dont est perçue la situation éducative par les enfants eux-mêmes est essentielle pour comprendre le phénomène.

4. Conception de la violence et de son éventuelle « justification »

Comme le rappelle Andrée Fortin (1995), la justification de la violence envers l'enfant peut à la fois l'excuser, la rendre acceptable et même en tenir en partie l'enfant responsable. Cette responsabilité supposée se fonde sur des mythes qui dénigrent l'enfant, sur des croyances religieuses et/ou éducatives qui légitiment la violence parentale et sur une conception limitée de la violence. S'appuyant sur cette analyse, mais aussi sur celle de la justification des préjugés et des stéréotypes d'Aronson (1988) et sur la définition d'Auger relative à la justification de la violence conjugale, Fortin a construit une mesure de la justification des violences envers l'enfant. Son approche s'appuie 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 stratégie adaptative de gestion de conflits...)
- le *microsystème* qui fait référence aux influences des caractéristiques familiales sur la violence (nombre important d'enfants, conflits conjugaux...)
- 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...)
- l'*exosystème* qui inclut les stressors sociaux (chômage, mauvaises conditions de travail...)

- le *macrosystème* qui a trait aux valeurs, croyances et idéologies (approbation des châtiments corporels, croyance au rôle patriarcal du père...)
- le *chronosystème* qui est associé aux conditions temporelles caractérisant les événements pouvant entraîner des violences familiales (perte d'emploi, naissance d'un enfant...)

Fortin parvient ainsi à élaborer un outil fondé sur la *justification* de la violence dans le double but d'un dépistage de parents maltraitant leur enfant et de l'élaboration de 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.

5. Histoire personnelle, identité professionnelle, résonance des formations

Les premières recherches concernant la relation entre théories implicites et styles et pratiques éducatives ont été conduites dans les années 80. C'est ainsi, par exemple, que Emiliani, Zani et Carugati (1981) mettent en évidence l'influence des théories implicites des puéricultrices dans la manière d'organiser les apprentissages de l'enfant. La question posée par ces travaux est de savoir dans quelle mesure il y a un lien entre les théories implicites des professionnels et les pratiques qu'ils mettent effectivement en œuvre. D'une part, ces théories peuvent affecter les modalités d'interprétation des informations données à propos de l'enfant et de son éducation. D'autre part, les explications données aux conduites des enfants peuvent déterminer certaines des pratiques éducatives dont ils sont l'objet. Les théories implicites sont alors des « filtres » qui permettent de comprendre la nature des informations recueillies par l'observateur et la nature de la prise en charge qu'il préconise ou met en œuvre.

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 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 alors 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.

La figure 1 illustre la résonance des formations sur le professionnel, tant au niveau de son histoire personnelle que de son identité professionnelle, qui influence la perception et le 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 (en jaune dans le schéma)

La présente étude cherche à

- identifier la conception de la violence faite aux enfants et ce qui peut éventuellement la « justifier » chez les professionnels appelés à s'occuper d'enfants maltraités (Questionnaire Q1) ;

- mettre au jour leurs représentations de l'enfant (Questionnaire Q2),
- celles des comportements parentaux qu'ils valorisent (Questionnaire Q3),
- et des pratiques éducatives qu'ils jugent adéquates (Questionnaire Q4).
- évaluer en quoi les interactions de ces champs représentationnels peuvent affecter le vécu des situations auxquelles les professionnels sont confrontés et les pratiques qu'ils mettent alors en œuvre (Entretiens).

La figure 1 permet également d'illustrer cette opérationnalisation (en rouge dans le schéma).

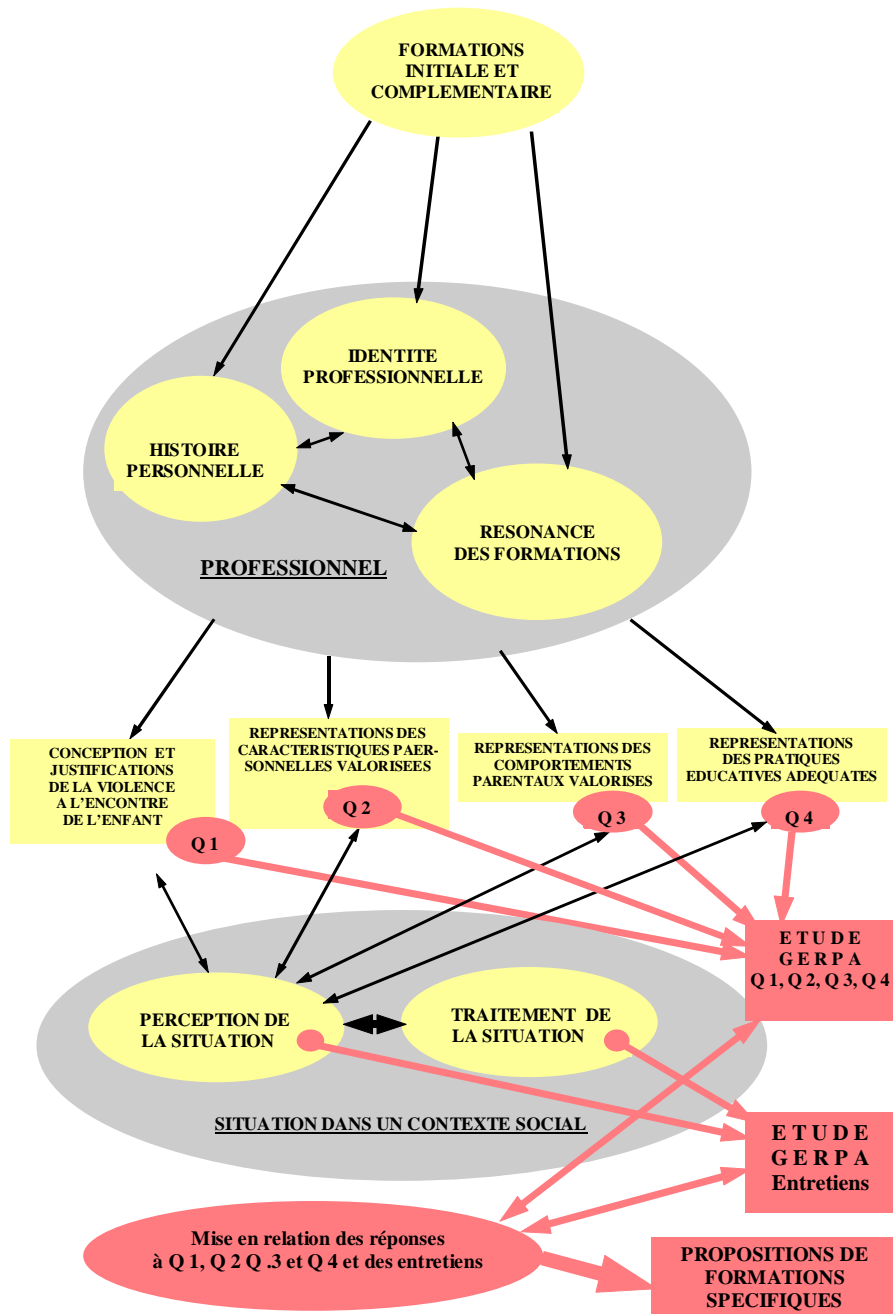


Figure 1

Influence des théories implicites des intervenants dans la perception et l'analyse des situations où il y a suspicion de maltraitance

II. Méthodologie

La présente étude a pour objet de mettre au jour les représentations des intervenants auprès de l'enfance en danger et de préciser les liens entre représentations et pratiques.

1. 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 relation professionnelle. Il leur a été proposé de passer une batterie de quatre questionnaires. Certains d'entre eux (de l'ordre de un sur cinq, en moyenne) ont de plus été entendus lors d'un 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 » qui pourraient 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 de ces 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 (psychologie clinique, psychologie du développement, psychologie interculturelle et psychologie sociale), d'un écoutant de téléphonie médico-sociale et de psychologues cliniciens – équipe scientifique à l'origine du projet et en assurant la gestion.

2. Les professionnels

Les professionnels qui, intervenant dans le champ de l'enfance, peuvent être confrontés à des situations qui les conduisent à signaler ou 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 assistants de service social, des policiers ou gendarmes et des magistrats,

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, Institut universitaire de technologie en carrières sociales, etc.). Elle s'est avérée particulièrement ardue pour deux professions : les magistrats et les policiers et gendarmes.

En ce qui concerne les magistrats, en accord avec le Directeur de l'ONED, l'échantillon est exclu du présent rapport et sera traité ultérieurement, faisant l'objet d'un rapport additionnel.

En ce qui concerne les policiers et gendarmes, seule la recherche par questionnaire a pu être menée à bien auprès des gendarmes, les personnels de la police nationale, sollicités par maints canaux n'ayant pas été autorisés par leur hiérarchie à participer à des questionnaires ou des entretiens, ceux de la gendarmerie ayant accepté de répondre

à des questionnaires sous réserve de l’anonymat le plus strict, mais refusé de participer à des entretiens.

Le tableau 1 présente l’état des passations des questionnaires et des entretiens.

Tableau 1
Etat des passations

	Questionnaires	Entretiens
Professeur des écoles	65	10
Assistants des services sociaux	64	10
Ecoutants de téléphonies médico-sociales	46	10
Psychologues	41	17
Médecins	50	8
Magistrats	Etude poursuivie ultérieurement	
Policiers et gendarmes	43	Non autorisés

L’étude a par ailleurs été élargie aux écoutants de téléphonie médico-sociale en Russie - Services « *Holis* » et « *For Post* » d’Ekaterinbourg (Oural) en relation avec le département de Psychologie de l’Université d’Ekaterinbourg et avec le concours de l’Association France-Oural. Elle est également en cours au Brésil (Service téléphonique de Sao Paulo animé par Anna Christina Cardoso de Mello) en collaboration avec l’Université de Sao Paulo. Des contacts ont également été établis en République Populaire de Chine avec Mme le Pr. Wen Liu, Directeur du Département d’Education (Liaoning Normal University), en Grèce avec le Pr. Lambros Stavrou (Université de Ioannina) et en Algérie avec Mme le Pr. Alba Rouag et le Pr. Nini Mohamed Nadjib (Université Mentouri de Constantine). Des contacts sont prévus au Danemark.

Cette étude internationale est indiquée pour information mais ne fait pas partie du présent rapport.

2.1. Les écoutants de téléphonie médico-sociale

Les écoutants de la téléphonie médico-sociale ont pour mission la protection des mineurs et la prévention des maltraitances. Ils sont confrontés à différentes formes de maltraitances entendues au téléphone, à partir desquelles ils doivent réagir très vite, prenant la température du paysage social concernant les comportements des adultes vis à vis des enfants et des adolescents, ce qui peut être difficile à gérer. D’autant plus que leurs origines professionnelles sont multiples : juristes, éducateurs, psychologues, travailleurs sociaux, etc. et implique que l’on distingue ce qui peut être mis en relation avec leur formation spécifique d’écoutant de ce qui tient à leurs formation antérieures.

Les écoutants des téléphonies médico-sociale sont le plus souvent 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, adressent leur CV à ces organismes de téléphonie. La formation en psychologie ou en droit

croisant les principales préoccupations des appelants à ces services, ces jeunes trouvent là un bon tremplin pour démarrer leur futur métier.

L'écoutant travaille au sein d'une équipe, le plus souvent par plages de 4 ou 5 h., 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'il entre en situation d'écoute, il annonce l'intitulé du service, puis laisse s'exprimer l'appelant sans proposer de réponse immédiate. Grâce à sa formation à l'entretien, il relance l'appelant pour qu'il pose clairement sa demande. L'écoutant va alors recueillir un nombre suffisant d'informations qui lui permettront d'analyser la situation, de donner à l'appelant les informations qu'il recherche et de l'orienter si besoin, voire d'établir un signalement.

En amont de l'écoute, l'écoutant est amené à renouveler sans cesse ses informations. Avant sa première prise de fonction, il participe à une formation comportant un aspect théorique sur la problématique traitée par le service et des exercices pratiques d'écoute téléphonique conduits avec l'appui d'un écoutant expérimenté (double écoute). Tout au long de son travail d'écoutant, il participe à des formations, des colloques ... pour enrichir ses connaissances. Si la plupart du temps, il travaille seul, il appartient à un collectif qui l'amène à collaborer avec ses collègues. Il peut également être conduit à échanger avec eux si l'appel est difficile.

Les écoutants sont régulièrement conviés à des réunions de régulation (ou réunion de supervision) pilotées généralement 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 et faire preuve de capacité d'analyse de leurs propres pratiques ou de la problématique traitée par le service et 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), « Fil santé Jeunes » (Ecole des Parents), Enfance et partage, et Point écoute de Boulogne Billancourt.

2.2. Les professeurs des écoles

Dans le cadre de leurs activités professionnelles, les enseignants peuvent être confrontés au phénomène de la maltraitance. Ils peuvent être amenés à accueillir dans leurs classes des enfants en danger, voire maltraités.

Les enseignants ont potentiellement recours aux théories implicites pour évaluer les situations de maltraitance. En situation d'évaluation, ils se réfèrent 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 socioéconomique et culturel, de sa religion, de sa propre histoire, etc.

Au cours de leur formation universitaire à dominante magistrale, peu d'enseignants ont été mis en contact avec des modèles d'auto-analyse sur leurs propres croyances (Pourtois et Desmet 2004). Ces modèles prennent en compte les théories implicites pour les insérer dans une approche scientifique. Ils consistent à faire émerger les perceptions et représentations de façon libre, d'apporter ensuite des idées contradictoires qui déséquilibrent les concepts initiaux. Les formateurs accompagnent l'angoisse et la

désorganisation du modèle interne générées par cette confrontation. Le modèle interne peut ainsi s'élargir de nouveaux éléments fondés théoriquement dans un processus d'interaction. Produits de leur propre formation qui a fait l'impasse sur une pratique réflexive, beaucoup d'enseignants sont toutefois 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.

Par ailleurs, « l'entente » entre l'institution école et la famille est complexe (Durning, 1995). 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. En effet, l'Education Nationale a judiciarisé sa pratique et s'inscrit dans une vision strictement pénale de la résolution des problèmes de maltraitance. Tous les cas doivent faire l'objet d'un signalement direct au procureur de la République. La famille en est informée (le plus souvent par courrier) mais n'est pas forcément contactée pour investigation complémentaire ou par souci de protection de l'enfant..

Les enseignants n'ont pas été formés à la gestion des conséquences de la violence sur le plan psychique (Bigeault et Agostini, 1996) et ne bénéficient pas d'accompagnement institutionnel en la matière. La situation traumatique de la violence familiale retentit brutalement sur leur psychisme (de l'inhibition de l'activité de représentation au « court-circuitage » de la pensée sur le mode de l'excitation). Les positions contre-transférentielles et défensives fixent la pensée à son niveau le plus concret : le moi « se clive » et prend partie pour l'enfant ou pour le parent. La sidération altère la mémoire et « l'ailleurs exotique » offre dans certains cas une fonction de bouclier. Les faits avérés sont déniés, les parents vulnérables surprotégés... Un discours fait de contre-attitudes rationalisantes se met en place : sentiment d'intrusion de l'espace privé familial... valorisation du doute au niveau de l'appréciation des faits... discours fataliste devant la violence et sentiment d'impuissance... verbalisation de manque d'informations et /ou de formations ...

Héritiers de leur propre trajectoire et formation, les professeurs ont des représentations relatives par rapport à la violence, sa conception ou ce qui pourrait la justifier. Celles-ci ne peuvent être isolées des représentations qu'ils ont de l'enfant et de ses propres caractéristiques personnelles qu'ils valorisent, des comportements parentaux qu'ils approuvent, des pratiques éducatives qu'ils jugent adéquates.

Cette étude devrait permettre d'appréhender les incidences de leurs représentations 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 Ile-de-France, secteurs public et privé, soit par contact direct, soit par l'intermédiaire d'établissements en relation avec l'IUFM de Paris.

2.3. 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. D'autres raisons sont davantage d'ordre psychologique. Les situations de mauvais traitements sont probablement parmi 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 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.

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

2.4. Les psychologues

En matière d'enfance maltraitée, les rôles du psychologues sont multiples : repérage des enfants victimes de maltraitance, développement de prévention précoce, formation des personnels 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 RASED (Réseau d'Aides Spécialisées pour les Elèves en Difficulté), les collègues maître E (maître spécialisé chargé des aides à dominante pédagogique) ou maître 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 les plus fréquemment mentionnés sont les violences physiques, les violences psychologiques et les carences éducatives graves et sont 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, type centre aéré, centre de loisirs ou lors d'activités extra-scolaires.

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

2.5. Les 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'Etat, 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.

Néanmoins on peut repérer les grandes lignes, les missions générales, de la profession. L'objectif prioritaire de l'assistante sociale est de rétablir le lien social et donc d'aider les personnes en difficulté à retrouver leur autonomie, à assurer leur (ré)insertion. Elle se doit de les informer sur leurs droits aux prestations sociales, aux soins médicaux et à la formation, de les orienter vers les instances compétentes appropriées à leur cas, et de les soutenir dans leurs demandes, servant de relais, de médiateur tant à l'intérieur que vers l'extérieur de l'institution où elle travaille.

L'assistante sociale accueille, oriente et informe les publics qui s'adressent à elle ou qui lui ont été signalés. Elle aide les personnes dans leurs démarches administratives. Elle analyse, en fonction des missions qui lui ont été confiées, la situation économique et sociale de la famille et cherche les causes qui compromettent son équilibre. Elle repère les problèmes : scolaires, professionnels, de logement, de précarité, de violences familiales, de santé et met en œuvre des actions, tant individuelles que collectives, pour améliorer leurs conditions de vie, rétablir leur autonomie financière, affective etc. Les assistantes sociales sont chargées du suivi des familles et pénètrent en leur sein avant toute suspicion. Professionnelles de la relation humaine, elles apportent une aide concrète aux personnes en difficulté c'est-à-dire appropriée à la réalité en les aidant à entreprendre des démarches, à (re)trouver un projet de vie. D'après ce qu'elles y observent et analysent, elles peuvent être amenées à avoir un rôle de repérage et d'alerte, à participer à la formulation d'un diagnostic et/ou à prendre la décision d'un signalement de maltraitance.

Lorsqu'elles relèvent du Ministère de l'Éducation nationale, les assistant)s sociales mènent toutes les actions susceptibles de prévenir et de remédier à ces difficultés dans le cadre de la politique d'action sanitaire et sociale de ce ministère. Elles exercent d'une part un rôle de médiateur entre les élèves et l'école ainsi qu'entre les parents et l'école. Elles sont, d'autre part, à la fois le conseiller social de l'institution et de tous les jeunes scolarisés. Elles sont chargés d'apporter écoute, conseils et soutien aux élèves en difficulté et aux personnels, pour favoriser leur réussite individuelle et sociale. Elles 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 bienveillance 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 son identité professionnelle, et 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 assistantes sociales ont été contactées par l'intermédiaire d'enseignants de l'Institut de travail social de Bobigny et de l'Inspection Académique des Yvelines.

2.6. Les gendarmes et les policiers

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 proposées 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.

Gendarmes et policiers ont été contactés à titre individuel. Ces contacts ont abouti au niveau des gendarmes. Des démarches ont été vainement entreprises au niveau de la police nationale.

2.7. Les magistrats

L'une des deux missions de la justice des mineurs est de protéger les jeunes en danger. Le juge des enfants n'a pas pour rôle d'établir des responsabilités ou des fautes mais de prendre les mesures adaptées pour que le jeune puisse vivre dans un environnement satisfaisant. C'est cette notion même « d'environnement satisfaisant » qui est en relation avec la représentation de ce que peut être « l'intérêt » de l'enfant : faut-il maintenir le lien à tout prix entre parents et enfant ? faut-il désigner systématiquement l'adulte comme « coupable » même s'il n'y a pas *a priori* de danger explicite pour l'enfant (extrême précarité de la famille, alcoolisme, etc.) ?

Il faut également prendre en compte l'évolution depuis les années quatre-vingt-dix de l'évaluation de la fiabilité de la « parole » des enfants, fiabilité récemment particulièrement mise en cause à la suite d'affaires judiciaires très médiatisées.

L'étude relative aux magistrats est différée

3. Les questionnaires et les entretiens

Le matériel se compose de quatre questionnaires et d'une grille d'entretien semi-directif. Les questionnaires et le guide sont donnés en annexe.

3.1. Questionnaire relatif à la conception de la violence et de ce qui pourrait la justifier

Andrée Fortin (1994) a construit un outil destiné à la « Mesure de la justification de la violence envers l'enfant », la MJVE. Cette mesure, à l'origine, a été appliquées aux parents. Cette 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). La

validité a été éprouvée à partir d'analyses factorielles exploratoires et sa fidélité évaluée par des analyses de cohérence interne. Les items regroupés sur ces échelles expliquent la moitié de la variance totale de la MJVE. L'ensemble des saturations internes des items sur le facteur qui leur est associé sont supérieures à .35. Les coefficients de cohérence interne des différentes échelles varient entre .75 et .93, l'indice alpha s'élevant à .91 pour l'ensemble de la mesure. Deux études ont permis la validation de l'épreuve (Fortin, 1995 ; Fortin et Lachance, 1996). La première a 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 socio-démographiques. La seconde a évalué la stabilité temporelle de l'instrument, son niveau de contamination par la désirabilité sociale et a contrôlé la contribution des variables socio-démographiques. Cet outil, à d'infimes modifications linguistiques près, a été transposé des parents aux professionnels pour être appliqué dans cette étude.

3.2. Questionnaire relatif aux caractéristiques personnelles valorisées chez l'enfant par les professionnels

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 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.

Cette adaptation s'évalue à travers des qualités telles que *discipliné, soigneux, gentil, sage*. Il s'agit donc pour ces quatre premières de qualités d'obéissance et de conformité aux attentes de l'adulte qui dans certains cas ont pu donner lieu à des conflits entre l'enfant et l'adulte, plus ou moins difficiles à résoudre et avec en particulier des formes d'incitation de l'adulte s'inscrivant dans le registre de la récompense et valorisation de l'enfant ou au contraire de la punition et de la dévalorisation.

Les qualités, *honnête, franc, respectueux, responsable*, sont à la fois des valeurs morales et des caractéristiques de la personnalité, mais toutes sont utiles à la régulation des interactions avec autrui.

Il est certain que ces deux groupes de qualités ne sont pas valorisées de la même façon par les différents milieux socioculturels car on sait (Perron, 1971) 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 « bien s'entendre avec autrui ».

➤ l'expression du potentiel d'expression et de créativité de l'enfant

Les qualités citées sont de celles dont tous s'accordent qu'elles sont souhaitables pour un développement cognitif et social harmonieux :

intelligent, autonome, raisonnable, travailleur, mais certaines de ces qualités : *imaginatif, actif, expansif, confiant*, 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 sociabilité et une affectivité bien régulées**

Les caractéristiques proposées étant celles qui sont utiles à l'établissement et au maintien de relations interpersonnelles harmonieuses: *sensible, confiant, équilibré, gai, affectueux, sur de soi, agréable, calme*. 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 a 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 de contacts sociaux et aide et soutien pour devenir autonome et il est donc à l'aise dans les relations sociales. Les qualités citées là révèlent que la socialisation s'effectue de façon harmonieuse (Pierrehumbert, 2002).

3.3. Questionnaire relatif aux comportements parentaux valorisés

Les représentations des comportements parentaux valorisés sont liées à la satisfaction des besoins psychosociaux dont les composantes, selon Pourtois & 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 :

- les besoins d'affection 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 contact 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 (*être affectueux avec lui, lui apporter un climat de sécurité*) et les satisfaire avec l'aide ou l'autorisation d'autrui (*essayer de le rendre heureux*)
- les besoins cognitifs concernent les conditions de l'accomplissement de l'individu : besoins de stimulation, base d'expérimentation et 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 (*développer ses centres d'intérêt*), le font bénéficier de leur aide et de leur appui pour faire des choix (*l'aider à prendre de bonnes décisions*). 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 (*chercher à le rendre indépendant*)

- les besoins de communication quand il y est répondu de façon appropriée, permettent d'apprendre à interagir avec autrui (*se donner l'occasion de parler ensemble*) et là aussi dans un climat de bienveillante attention (*être à son écoute*), ce qui lui permettra de dire quels sont ses sentiments, opinions, ressentis... (*l'inviter à s'exprimer*).
- les besoins sociaux s'inscrivent dans le cadre d'échanges interactifs et harmonieux avec les parents et les autres personnes de l'entourage. Il s'agit là de savoir rechercher le contact avec autrui (*l'inciter à aller vers les autres*), d'avoir une attitude positive à l'égard d'autrui et à prendre en compte autrui et le point de vue d'autrui (*l'inciter à tenir compte des autres*) ainsi que les spécificités et besoins particuliers de l'autre (*lui apprendre à respecter autrui*)
- 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 (*avoir des aspirations pour lui*) permettent ainsi à l'enfant 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 (*l'aider à réaliser ses projets*). Ainsi, l'enfant se construit son propre sentiment d'identité et acquiert une autonomie de pensée indépendante de celle de ses parents (*l'aider à grandir*). Rufo par la présentation d'un ensemble de vignettes cliniques rassemblées dans son ouvrage *Détache moi ! Se séparer pour grandir* (2007) montre à quel point ce processus est difficile dans différents types de relations parents-enfants.

Le questionnaire 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 5 correspondant chacun à un des cinq besoins qui viennent d'être décrits. Il est demandé aux sujets de classer les réponses parentales correspondant aux cinq besoins psychosociaux par ordre d'importance.

3.4. Questionnaire relatif aux pratiques éducatives

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 et Lautrey, 1980), soit qu'elles s'attachent à comprendre leur rôle en matière de développement affectif et social. Dans le premier cas est étudiée la structuration du milieu familial : « faible », « rigide » ou « souple » selon les régularités et perturbations que peut offrir le milieu familial. Dans le second 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).

Le questionnaire utilisé dans cette recherche a été élaboré selon les analyses de Verquerre (1989). Le questionnaire relatif aux pratiques éducatives parentales permet de différencier trois types d'intervention parentale :

- type autoritaire qui 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 fait par l'enfant est pleine et entière : il n'y a pas de limites et d'exigences signifiées à l'enfant, ni de cadre imposé ; les pratiques retenues dans le questionnaire permettent d'évaluer l'aspect inadapté de cette permissivité.
- 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.

Le questionnaire est composé d'items décrivant des situations de contrôle parental (« *c'est aux parents de choisir les vêtements de leur enfant* ») ou d'absence de contrôle dans la vie quotidienne (« *l'enfant doit pouvoir passer autant de temps qu'il le souhaite à ses jeux* ») ; des pratiques éducatives où les parents exercent un contrôle mais en recherchant la concertation avec l'enfant (« *les parents ne doivent pas prendre de décision concernant l'enfant sans en parler d'abord avec lui* ») et des pratiques qui montrent que les parents laissent l'enfant faire ce qu'il veut (« *l'enfant doit avoir la liberté de manger à tout moment ce qu'il veut* »).

L'échelle comprend 21 items articulés autour des 3 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 ».

3.5. Les entretiens

Après avoir relevé la profession, les formations initiales et complémentaires et une brève description de leur fonction et de leurs 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 « bienveillance » et la « maltraitance », l'entretien porte sur les récentes 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 ? Il 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 à 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 faire entre le début et l'aujourd'hui de son travail. Qu'est-ce qui lui a servi dans ces formations ? Qu'est-ce qui lui a été utile ? Qu'est-ce qui lui a manqué ? Quels seraient ses besoins et sa demande en terme de formation ?

Deuxième partie

ANALYSE DES RESULTATS QUALITATIFS

L'étude a porté sur 309 professionnels qui ont répondu individuellement à la batterie de questionnaires. Cinquante-cinq d'entre eux ont également participé à un entretien individuel semi-directif conduit par l'un des psychologues de l'équipe. Les sujets étaient volontaires et leur anonymat était préservé. Ils étaient informés du but de l'étude

La synthèse de chaque entretien a été effectuée à partir d'une grille faisant état :

- des représentations de la maltraitance,
- des représentations de ses causes et de ses conséquences pour l'enfant,
- du vécu des professionnels par rapport à la maltraitance,
- de son mode de gestion,
- des besoins et demandes exprimés,
- des représentations de la bienveillance.

Cette grille individuelle résume également les données concernant les formations initiales et continues suivies par les professionnels, leurs compétences personnelles et leurs motivations pour le choix de la profession.

Les synthèses qui suivent permettent d'évoquer les éléments saillants de l'ensemble des entretiens pour chacune des professions traitées.

1. Les écoutants de téléphonie médico-sociale

Les professionnels qui travaillent dans les téléphonies sociales présentent des cursus de formation divers et variés. Nous notons néanmoins une forte proportion de psychologues cliniciens, environ la moitié des effectifs et quel que soit le dispositif téléphonique d'aide. Selon une écoutante, « certains services seraient même composés uniquement de psychologues » (E.6). Hormis la catégorie des psychologues fortement représentée, nous relevons comme professionnels travaillant dans les services de téléphonie sociale des médecins, des juristes, des éducateurs. La liste n'est pas exhaustive. N'ont été interviewés pour cette étude 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 toute petite minorité. Dans les dix entretiens effectués, une seule écoutante rencontrée avait fait une formation dans la chimie et travaillait par ailleurs comme bénévole, étant à la retraite (E.8).

Dans leur grande majorité, les écoutants travaillent dans d'autres lieux que les services de téléphonie sociale où ils exercent leur métier de base : médecin en cabinet, psychologue en CMP, etc. Le travail dans les téléphonies est quasiment toujours un travail à mi-temps ou à temps partiel. Ce type de contrat pousse les écoutants à travailler ailleurs que dans un service d'écoute téléphonique et « c'est sûrement voulu » comme le fait remarquer une écoutante (E.2). 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.

Il faut constater la bonne répartition de l'âge des écoutants : de 25 à plus de 60 ans, soit en quelque sorte de l'entrée dans le champ professionnel à la sortie de ce champ à l'âge de la retraite. Le plus gros contingent est celui des 40/45 ans. Est-ce à relier au commencement de la mise en place des services de téléphonie ? Le SNATED, par exemple, a été mis en place en 1990 : une écoutante qui avait 25 ans à cette époque a plus de 40 ans aujourd'hui et beaucoup d'écoutants dans ce service faisaient partie du premier recrutement. Les effectifs représentés ici sont principalement féminins, mais les services s'efforcent de recruter des hommes pour instaurer un équilibre au sein du pool des écoutants et permettre aux appelants d'avoir une écoute aussi bien féminine que masculine.

1.1. Les représentations de la maltraitance

La majorité des écoutants s'accordent pour associer au terme de maltraitance l'humiliation, le « rabaissement » qui est le fait d'un adulte - parent, institution, éducation - vis-à-vis d'un enfant ou d'un adolescent. Tous évoquent les différents types de maltraitance qui constituent sa définition : 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 citent également les négligences - comme par exemple l'enfant ou l'adolescent qui passe son week-end sur internet. Où sont les parents ? se demandent-ils. Enfin, il y a toutes les sortes de violences sexuelles - attouchements, viols, inceste, etc. La fréquence des types de violences varie selon la spécificité du service. Certaines personnes appelleront plus facilement le SNATED pour les coups alors que d'autres, les adolescents, lui préféreront FIL SANTE JEUNES pour des questions sur la sexualité ou la contraception.

1.2. Origines, causes et explications

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 peuvent être des causes de maltraitance. Tous les écoutants sont unanimes pour désigner comme cause première de maltraitance la famille - parents, frères, sœurs -, la famille élargie - grands-parents, oncle, tante, cousins - et la famille recomposée - beau-père, belle-mère, demi-frère, demi-sœur. On peut appartenir à un milieu défavorisé et ne pas être pour autant maltraitant (E.9). 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'alcoolisme ou la toxicomanie n'arrangent rien et, sous l'emprise de ces pathologies, les adultes peuvent exprimer de la violence vis-à-vis de leurs enfants (E.1, 5).

A la question de savoir si l'on peut considérer que la culture peut être source de maltraitance, la réponse est « non ». Les écoutants s'accordent à reconnaître qu'il n'y a pas 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 » (E.9). Cependant, la plupart reconnaissent qu'il existe certaines coutumes qui persistent chez certains immigrés et qui sont porteuses de violence - excisions, mariages forcés, viols. 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 (6/10).

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 interviewée. Il suffit qu'il ne supporte pas un enfant pour que l'enfant en soit profondément perturbé (E.9). L'enfant peut devenir une sorte d'« 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, disent les appelants, « le temps passé à l'école est très long » (E.10) ; les maltraitements psychologiques sont donc graves. Parmi les maltraitements, il y a toutes les formes d'abus. L'emprise de l'adulte qu'il soit professeur, professeur de sports, 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 citent encore parmi les causes de maltraitance, l'isolement, les négligences de l'adulte « qui ne met aucune limite à son fils, qui le laisse tout seul des heures durant devant le poste de télévision ou sur l'ordinateur » (E.3, 9), 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 (E.7).

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

1.3. Vécu : difficultés rencontrées/affects

La maltraitance dans le cas de coups physiques peut conduire à l'invalidité, voire à la mort des très petits enfants ; elle a un retentissement sur le développement psychique, affectif de l'enfant. Celui-ci a du mal à grandir. L'abus sexuel détruit pareillement l'enfant ou l'adolescent(e) qui l'a subi. En entendant cette maltraitance, les écoutants peuvent vivre un véritable bouleversement émotionnel (E.9). « On se sent impuissant, désarmé » dit une écoutante (E.6). « 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 » (E.3). Certains écoutants parlent de l'écœurement qu'ils ressentent ou de révolte (E.9, 4). 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 ces épreuves.

1.4. Gestion des difficultés et affects – Compétences professionnelles

L'écoute peut être le lieu de dépôt de la douleur de l'autre. Une fois que cette douleur a été entendue, l'appelant peut se sentir soulagé et réagir positivement à ce qui lui arrive (E.4). L'écouter peut chercher à faire alliance avec l'appelant, surtout s'il s'agit d'un enfant, pour l'aider, chercher à le valoriser. L'équipe, quant à elle, va contenir le trop émotionnel. C'est là où l'échange avec les collègues est essentiel (3/10). Il y a également nécessité d'un travail sur soi pour prendre une juste distance (E.2). Il faut apprendre à ne pas « tout savoir » pendant l'écoute de la situation, à ne pas se sentir tout puissant et à ne pas moraliser.

Les compétences mises en avant par les professionnels de l'écoute sont une bonne formation à l'écoute, des connaissances théoriques de base en psychologie et un travail

sur soi. Ces mêmes professionnels listent ensuite les aptitudes indispensables dans le métier : l'adaptabilité - les appels sont divers et nombreux -, la disponibilité, la patience, la tolérance, le respect, l'acceptation de ses limites et la sensibilité.

1.5. Les besoins, les demandes

Les écoutants demandent à bénéficier d'une formation sur la maltraitance (4/10). Certains souhaitent plus précisément une approche des mécanismes de la maltraitance. Ils pensent que cela peut leur servir à mieux répondre aux appelants. D'autres demandent une formation sur les circuits du signalement et les procédures à engager quand on fait un signalement (E.7). Tous estiment qu'une formation continue est indispensable sous forme de stages théoriques et pratiques. Quelques uns demandent plus d'échanges avec d'autres professionnels, d'autres services téléphoniques, d'autres champs sociaux (E.2, 3, 4). Enfin, une demande de la revalorisation du statut d'écouter est faite par deux des psychologues interviewées (E.2, 10).

1.6. La bientraitance

Quant à la représentation de la bientraitance, la plupart des écoutants disent n'avoir jamais entendu le terme. Ils l'associent, néanmoins, au respect, à la qualité de l'écoute, au bien-être que l'on doit transmettre à un enfant ou un adolescent. Certains vont jusqu'à interroger l'utilité d'un tel concept et se demandent s'il faut normaliser la bientraitance (E5, 6), car, à leurs yeux, il est naturel de veiller sur son proche, alors pourquoi vouloir normaliser cette attitude ? L'une parle de savoir-faire au sujet de la bientraitance. Autrement dit, la représentation de la bientraitance n'est pas vraiment « pertinente » dans leur travail d'écouter (E.5).

2. Les professeurs des écoles

La maltraitance infantile passive et active, 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, notamment celle de notre système scolaire. L'école primaire est obligatoire pour chaque enfant et les enseignants sont donc immanquablement amenés à prendre en charge certains d'entre eux victimes de violence.

Dix professeurs des écoles ont collaboré à cette recherche. L'échantillon se compose de huit femmes et de deux hommes. Ils ont été formés à l'IUFM ou à l'école normale selon leur ancienneté qui fluctue entre un et 30 ans. Les parcours de formation de ces maîtres sont très variés : sciences et techniques des activités physiques (STAPS), lettres, anglais, philosophie, journalisme, droit. Trois enseignantes sont titulaires du CAPSAIS. Des valeurs comme « transmettre et éduquer » ont été à l'origine du choix de cette profession pour près de la moitié d'entre eux. L'intérêt qu'ils portent à leur travail (y compris pour ceux qui ont exercé cette profession pas hasard), l'envie de s'occuper d'enfants et la satisfaction personnelle qu'ils en tirent sont les principales motivations évoquées.

2.1. Les représentations de la maltraitance.

La violence perçue est essentiellement d'origine familiale (9/10). La quasi-totalité des professeurs perçoit bien deux types de maltraitance : une maltraitance physique avec des coups, des privations, des contraintes et une maltraitance psychologique qui peut être verbale, morale, affective, avec au bout du compte des enfants blessés, dévalorisés, humiliés. La négligence, quelle soit éducative, affective, matérielle, corporelle, est évoquée par sept d'entre eux : des enfants abandonnés à eux-mêmes par

exemple, sans matériel scolaire, ou encore sans accès aux soins médicaux. Sept professeurs sur dix évoquent les conséquences néfastes et particulièrement graves de toutes ces violences : conséquences physiques, psychiques, émotionnelles, cognitives, développementales, avec le plus souvent un repli des enfants sur eux-mêmes et une démobilisation pour la classe.

2.2. Origines, causes et explications

La moitié au moins des professeurs évoque des causes de nature psychologique avec par exemple des parents sans limites, excessivement stressés ou encore des parents rendus moins patients par des événements de vie traumatiques et donc plus enclins à des passages à l'acte violents. Une origine « interculturelle » de la maltraitance est également soulignée et la violence y est présentée alors comme un mode de relation éducatif. Dans ce même contexte, le statut des filles est décrit comme très lourd à porter dans les cités. Des carences éducatives, des déficiences ou négligences parentales sont également à l'origine de situations d'enfants très largement livrés à eux-mêmes. Les facteurs sociologiques, socioéconomiques, socioculturels sont moins saillants. Ils sont évoqués à la fois avec une valence positive et négative (interviennent – n'interviennent pas). Ainsi, les enseignants estiment par exemple que la maltraitance se rencontre aussi bien dans les milieux aisés que défavorisés. Enfin, l'enfant est considéré comme à l'origine de la conduite violente de l'adulte dans trois cas sur dix.

2.3. Vécu : difficultés rencontrées/affects

Des enseignants verbalisent leurs difficultés à établir les preuves des faits, excepté quand il y a des marques et une plainte de l'enfant. Ils signalent le côté délicat et complexe de la gestion des situations : crédibilité de la parole de l'enfant notamment lorsqu'il y a une plainte mais pas de traces ou encore quand il y a une trace mais que l'enfant refuse de divulguer les faits. La confrontation au milieu judiciaire - tribunal, avocat, juge, etc. - et le risque de commettre une erreur de jugement les inquiètent. La responsabilité d'un acte de signalement est considérée comme lourde à porter. Enfin, un professeur déplore que les enseignants soient de plus en plus tolérants par rapport à la violence ordinaire subie par les enfants et que la fréquence de ces violences s'accroisse. La situation familiale est parfois prise en compte et les situations sont gérées avec plus de retenue et de compréhension selon que les parents soient considérés comme fragiles ou qu'ils appartiennent à une culture banalisant davantage le recours à la violence. En tout état de cause, la priorité est donnée à la protection de l'enfant et donc à la nécessité d'agir quelque soit ce contexte familial. Le rapport de l'enseignant à la famille a un impact sur la gestion et la perception de la maltraitance potentielle : un professeur (I.1) a le sentiment de s'immiscer dans la vie privée des parents et d'être intrusif ; Un autre (I.2) évoque sa surprise de découvrir des parents maltraitants quand, par ailleurs, « ils répondent bien à nos demandes et présentent bien » ; un dernier (I.3) évoque son impuissance à agir et sa frustration quand les familles « font de la résistance » et que la situation stagne.

L'impact psychologique est particulièrement lourd pour la moitié au moins des enseignants, en particulier pour celui qui a été confronté à ce phénomène dans sa propre vie (I.4). Ils évoquent des enfants sacrifiés, perdus pour l'avenir. Cet impact peut entraîner chez certains le besoin de réparer l'injustice auprès de l'enfant (plus de proximité, d'attention) et 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 la protéger » (I.6). Enfin, le sentiment de

délation peut apparaître lorsqu'il s'agit d'informer l'institution de pratiques familiales répréhensibles. Pour se protéger de l'impact morbide de la maltraitance, les enseignants verbalisent cinq mécanismes ou procédés défensifs : mise à distance, intellectualisation, relativisation, négation des affects, réparation. Enfin, cinq professeurs sont mis à mal par le non retour d'information des professionnels également chargés de la protection de l'enfance d'une part (assistante sociale, psychologue, médecin scolaire, ce, sous couvert du secret médical) et de leur hiérarchie, d'autre part : « ça s'arrête là pour vous ! » (I.6). Ils en éprouvent une réelle frustration et ne peuvent juger si leur intervention « a servi à quelque chose ».

2.4. Gestion des difficultés et affects

Les procédures mises en œuvre sont très diverses et des interrogations persistent. Deux enseignants interrogés ne savent pas par exemple s'ils ont le droit ou non d'évoquer les situations de maltraitance entre eux du fait du secret professionnel. Un autre qui ne dispose pas d'une procédure claire « sent » (I.5) le moment d'agir et prend des contacts auprès des « collègues ressources ». Un troisième transmet l'information au réseau local scolaire concerné par la protection de l'enfance - psychologue, médecin scolaire, assistante sociale - et délègue la prise en charge. Un autre procède lui-même à l'enquête en croisant les informations du même réseau. En cas de suspicion, un tiers des professionnels interrogés convoquent les parents, un seul enseignant le fait à titre institutionnel en présence du directeur. A cette occasion, ils « explorent le terrain », donnent des conseils éducatifs non violents, rappellent la loi, et, éventuellement, mettent le parent en demeure de cesser les actes violents. Une période d'évaluation (I.1) : « si cela se remet sur les rails ») détermine les suites à donner : retour à la normale ou poursuite des faits qui donnent lieu à un signalement. Quatre enseignants sur dix ne prennent plus en considération les négligences ou la violence ordinaire, en particulier dans les quartiers favorisés. La violence psychologique ne donne pas lieu à un signalement systématique. Seules les violences physiques « voyantes » et suspicions d'agressions sexuelles entraînent un signalement immédiat, en particulier dans les établissements de quartiers difficiles.

Deux professionnels évoquent l'éventualité d'effectuer le signalement à la justice à titre individuel en cas de dysfonctionnement de l'institution. Les autres utilisent le terme signalement mais à usage interne de l'institution Education Nationale, sans connotation judiciaire. Ils délèguent donc à cette institution la responsabilité d'agir ou non pour transmettre le dossier à la justice qui, pour eux, reste une « nébuleuse » inquiétante. Parmi eux, un professeur (I.2) estime que de cette façon, il dégage sa responsabilité pénale et allège sa charge affective. Pour cette même personne, la confusion au sujet de l'identité de celui qui doit signaler la maltraitance et la méconnaissance de la procédure à appliquer apparaissent dans la phrase : « On fait des demandes d'enlèvement d'enfant » avec « certains formulaires ». Dans cette même phrase, l'usage du pronom « on » (très impersonnel...), l'évocation « d'enlèvement 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 cet enseignant pour aborder efficacement et sereinement la gestion de la maltraitance et ses conséquences.

2.5. Compétences professionnelles

Un seul professeur a pu bénéficier d'une formation qualifiante sur le thème de la maltraitance. Les autres estiment leur formation trop généraliste - didactique, méthodologique - et insuffisante voir absente en matière de la gestion maltraitance

(I.2) : « ça reste de l'ordre de l'idée que je m'en fais par discussion ». Trois enseignants complètent leur formation sur cette question par des lectures et des stages - savoirs scientifiques stabilisés. 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. Les professionnels doivent avoir conscience des limites de ces fonctionnements et évoquent massivement des besoins de formation : deux demandes de formation sur le plan clinique (détection, conséquences sur l'enfant), deux sur le plan juridique (droits et devoirs). Deux sont en demande d'identification de personnes ressources ou structures relais. Un enseignant souhaite une procédure claire et affichée : « ça rebuterait moins de gens » (I.3).

L'établissement d'un bon climat relationnel dans la classe et la qualité de relation individuelle à l'enfant : écoute, dialogue, etc. sont des compétences professionnelles évoquées par tous. Les qualités didactiques, méthodologiques sont également évoquées majoritairement. L'établissement de relations positives avec la famille ainsi que la capacité à travailler en équipe n'apparaissent qu'à une seule reprise.

2.6. La bientraitance

Sur l'échantillon, la représentation de la bientraitance est d'abord de nature éducative : éduquer, cultiver, autonomiser (6/10), puis de nature psychologique (5/10) : respecter, valoriser, donner confiance. La satisfaction des besoins de l'enfant - matériels, physiologiques et psychologiques -, la bientraitance affective et relationnelle - attention, écoute, amour -, l'importance d'une démarche d'investissement familiale - consacrer du temps - sont également évoqués respectivement par deux sujets sur dix.

2.7. Gestion des difficultés et affects

Les professeurs se sentent très concernés, impliqués et touchés par la question de la maltraitance. Ils sont particulièrement attentifs et vigilants au bien-être et à l'épanouissement de leurs élèves. Cependant, la gestion de la maltraitance concernant cet échantillon de sujets s'effectue sous le règne de la diversité des approches et des procédures et les pratiques professionnelles 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 (quartiers favorisés ou non), selon les caractéristiques des familles plus ou moins fragilisées ou d'origine étrangère et selon qu'elles correspondent au modèle interne de parent d'élève 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, judiciaires de la maltraitance, ils en subissent le contre coup : inquiétudes, 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 grande majorité des enseignants de l'échantillon ne semble pas au clair sur la notion de signalement au procureur de la république et associe le terme de signalement à tout acte qui consiste à informer une personne de l'institution Education Nationale. Cette confusion peut être lourde de conséquence sur le plan pénal.

Un seul des dix professeurs rencontrés a 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 (I.6). 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 présider 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 ou pas pris en compte (fatalisme, trop de cas à traiter, situation complexe 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.

2.8. Les besoins, les demandes

Deux objectifs semblent pouvoir être distingués en ce qui concerne la réponse aux besoins présentés par les enseignants en matière de formation. Un premier objectif pourrait être d'engager une réflexion au niveau des équipes éducatives sur l'indispensable caractère non violent qui doit absolument présider à l'éducation d'un enfant - en référence aux droits de l'enfant, par exemple - par sa famille et également par l'institution scolaire. Un second objectif pourrait être de sensibiliser davantage les professeurs aux effets néfastes des négligences diverses, privations, violences psychologiques sur le développement des enfants et surtout de leur donner les moyens d'y faire face.

Une formation de type auto-réflexive, dans le cadre d'un groupe de parole, animée par des professionnels de la protection de l'enfance et surtout multiprofessionnelle (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 pratiques. Un tableau synoptique à « affichage obligatoire » en salle des maîtres (procédure Education Nationale) permettrait aux enseignants de connaître leurs droits et devoirs sur cette question et de disposer rapidement des informations concernant les structures relais.

3. Les médecins

Huit médecins ont participé à cette étape de la recherche. Sept médecins 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'Education Nationale dans les établissements des Hauts-de-Seine. Six praticiens ont eu une formation initiale de médecine générale - six ans d'études sans spécialisation -, deux ont été formés initialement en médecine pédiatrique (M.2, 6). Sept praticiens n'ont reçu aucune formation en psychologie durant leur cursus initial. Un médecin (M.1) a suivi dix heures de psychologie - les grandes théories - à la faculté de médecine. Un autre (M.8) 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.

Sept praticiens avaient une expérience professionnelle riche, supérieure à 26 années (entre 25 et 32 ans) dans le domaine de leur exercice, un médecin avait une expérience d'une durée d'un an (M.8). Six médecins ont suivi au moins une formation complémentaire au cours de leur carrière. Le choix des formations complémentaires comprenait différents modules de médecine naturelle (M.1), l'homéopathie (M.1, 2), l'acupuncture (M.1, 5), une formation continue en oncologie (M.4), les DU de psychopathologie (M.1), de psychopathologie de développement de l'enfant et de l'adolescent (M.3), une formation complémentaire en psychologie psychanalytique (M.2, 5), un DU de médecine de sport (M.5) et une formation à la problématique de la maltraitance sous différentes formes et aux volumes horaires très différents (M.3, 6, 7).

Les sujets se décrivent comme ayant des fonctions de prévention (M.1, 6), d'intégration des enfants malades ou handicapés dans le système scolaire (M.3), de dépistage et de tri des situations urgentes (M.4), de soins (M.6), de médecine de famille (M.7). En décrivant leurs compétences en termes de savoir, savoir-faire ou savoir-être, les médecins interrogés évoquaient souvent leurs capacités d'écoute et d'analyse (5/8), une approche « un peu plus complète où on a le temps d'analyser les sujets » (M.2), « des capacités de différencier l'urgence du problème à venir » (M.4), « ...réagir de manière efficace au bon moment » (M.4). Certains sujets ont montré leur réticence à l'égard de cette question (3/8), ne pouvant que difficilement décrire leurs compétences.

3.1. Les représentations de la maltraitance

Le terme de maltraitance a été souvent associé au contexte intra-familial (6/8), et quelquefois également au contexte extérieur à la famille (3/8). Tous les sujets distinguaient les deux grandes formes de maltraitance pouvant exister : physique et psychologique ; quelques uns différenciaient également la violence verbale (M.6, 8), quotidienne (M.7), sexuelle (M.7), ou encore par défaut de soins ou d'éducation (M.3). La maltraitance a été définie comme « le non respect de l'individu enfant » (M.1), par le fait de « ne pas défendre l'enfant par rapport à son environnement, [de] ne pas l'aider à s'épanouir » (M.2), comme étant en relation avec « le degré de souffrance de celui qui la subit » (M.4), en relevant une « très grande souffrance de la part de la personne qui maltraite » (M.6), et par « pas forcément quelque chose qui blesse immédiatement, ça peut être aussi vicieux » (M.8). Un médecin (M.3) a qualifié de « vraie » la maltraitance faite dans « l'intention de faire mal, sans aucun but éducatif ». Deux sujets (M.3, 7) n'ont pas développé leurs représentations de la maltraitance. Tous reconnaissent le caractère insidieux de la violence psychologique, rendant son interprétation subjective et son diagnostic difficile.

3.2. Origine, cause et explications

Les médecins étant appelés à réfléchir sur les différents 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 - et les explications possibles de certains comportements violents envers l'enfant, plusieurs facteurs sont mis en avant : les croyances véhiculées par le milieu socioculturel et le contexte culturel (M.1), certains contextes culturels (3/8), la religion (M.4), les conditions économiques (4/8), la souffrance psychologique chez les parents - évoquée par la plupart des praticiens -, le contexte familial (4/8), le vécu du parent maltraitant (5/8), le schéma éducatif inapproprié (M.2, 7), l'alcoolisme des parents

(4/8), le stress et la fatigue (3/8). Quelques sujets se sont montrés gênés par ces questions et qualifiaient d'« ambiguë » la partie du questionnaire portant sur les explications possibles des comportements maltraitants, déclarant que « rien ne peut justifier la violence » et que « la prise de conscience des causes possibles n'apporte pas de solution » (M.4, 6, 8).

3.3. Vécu : difficultés rencontrées/affects - Gestion des difficultés et affects

Dans les entretiens il était également question des récentes confrontations de chaque médecin à des cas de maltraitance au cours de son exercice, de son vécu de professionnel face à cette situation, de ses sentiments, de ses impressions, de ses réactions et des difficultés de gestion de ces situations pouvant être rencontrées. Etant donné l'âge moyen de la plupart des sujets - entre 51 et 60 ans - et par conséquent l'ancienneté de leur expérience professionnelle - supérieure à 25 ans-, les difficultés évoquées quant à la gestion des situations de maltraitance se rapportaient souvent à la période du début de leur carrière. Quelques médecins déclarent ne voir que rarement des cas de maltraitance (4/8), le plus souvent vraisemblablement d'ordre psychologique et inférée quelquefois à partir de la relation parent-enfant observée en cabinet ou encore à partir de la souffrance psychologique de l'enfant. Un médecin décrit son unique expérience, en tant que jeune médecin, de prise en charge d'un enfant suspecté d'être maltraité et accueilli dans un hôpital de la région parisienne (M.8). D'autres (4/8) seraient plus exposés à ce type de situations de façon régulière, notamment dans certains secteurs de l'ouest parisien. Tous les praticiens, sauf un, (M.7) ont essayé de partager leur vécu et leurs difficultés quant à la prise en charge de ces situations. On peut ainsi noter que :

1 - face à des situations de maltraitance suspectée tous se positionnent comme ayant un rôle à jouer dans sa prévention ou dans la guidance parentale - « avant que les mères ne passent pas à l'acte » -, par le biais « des conseils en éducation » (M.6) ou en orientant la famille vers un spécialiste (M.1, 2, 6) ;

2 - les médecins formés à la maltraitance et qui ont déjà été amenés à faire des signalements (3/8) ont exprimé les difficultés suivantes : difficulté d'aborder certains sujets avec la famille (M.3), crainte d'être excessif en signalant (M.6).

3 - certains médecins ont pu partager leur vécu des situations de maltraitance suspectées : « sentiment d'être limité dans mes compétences » (M.2), sentiment de passer à côté de quelque chose (M.1), de tourner autour du problème (M.4), de solitude face à un doute (M.4), crainte d'être excessif en signalant (M.8), « il s'agissait pour moi de quelque chose d'impensable », « j'ai nié le diagnostic » (M.5).

4 - les difficultés les plus souvent évoquées par tous les médecins sont les suivantes : créer une relation avec la famille pour éviter qu'elle ne fuît pas, ouvrir un dialogue avec les parents, manque des connaissances en psychologie, « aider le relationnel tout en maintenant l'enfant à domicile » (M.1).

5 - quelques médecins ont évoqué leurs difficultés à détecter les signes de maltraitance psychologique (4/8), ou à prendre en charge la souffrance psychologique de l'enfant (M.2).

3.4. Compétences professionnelles – Besoins et demandes

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 ont été formulées : intégrer cette formation dans le cursus de formation

initiale (M.1), donner aux médecins des outils de mise en évidence simples, efficaces et pragmatiques leur permettant de repérer la maltraitance psychologique (4/8), avoir des informations sur les différentes formes de maltraitance et les façons de les suspecter (3/8), mettre en place des groupes de réflexion de type Balint (M.7), avoir une formation horizontale faisant intervenir les différents professionnels concernés et permettant de confronter les points de vue et les doutes de chacun (M.4), avoir une formation à la pratique de ces situations (M.6), une formation à l'entretien avec les parents en situation de maltraitance (3/8), remettre à jour des démarches à suivre et des procédures à mettre en place face à de telles situations avec les différents acteurs susceptibles d'intervenir (3/8).

3.5. La bientraitance

Le terme de bientraitance a fait resurgir des représentations riches et variées chez pratiquement tous les praticiens. Ces représentations peuvent être résumées selon des besoins fondamentaux de l'enfant auxquels elles se réfèrent :

1. besoins de communication : « être à l'écoute de l'enfant, de son ressenti » (M.1), « lui donner l'autorisation de s'exprimer » ; « [lui] permettre de s'exprimer » (M.2, 5) ;

2. besoins d'affection : « aider l'enfant à s'épanouir, à être heureux » (M.2), « prendre soin de lui » (M.1), « être attentif à lui » (M.1), « lui apporter un climat de sérénité » (M.3), « se faire l'avocat de son enfant » (M.4), « créer toutes les conditions pour le plein épanouissement de l'enfant en fonction de sa personnalité » (M.6) ;

3. besoins d'être accompagné dans son développement : « le comprendre en tenant compte de son évolution et de son fonctionnement psychique » (M.2), « des actes favorisant le développement correct de l'enfant » (M.3), « s'occuper de ses enfants dans leur intérêt » (M.5) ;

4. besoins cognitifs ; « lui permettre d'acquérir une autonomie » (M.3), « lui apprendre à faire avec son environnement » (M.2), « le fait d'apporter une éducation et que ça soit cohérent » (M.8) ;

5. besoins de socialisation ; « respecter l'enfant » (M.1), « l'aider à s'intégrer dans la société » (M.3) ;

6. besoins d'estime : « répondre à sa demande de valorisation » (M.2).

Un praticien parmi les huit interrogés a considéré que c'était « un peu utopique de définir la bientraitance » et l'a résumée comme étant « le contraire, le symétrique de la maltraitance » (M.4). Deux médecins ont souligné l'importance de faire la différence entre « l'intérêt de l'enfant et l'opinion que nous avons de l'intérêt de l'enfant » (M.4), l'importance de « pouvoir se mettre à la place de l'enfant pour voir ce qu'il reçoit ; avoir un retour sur son action, sur son mode d'éducation » (M.5). Un médecin a enfin défini la bientraitance 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 » (M.8).

4. Les psychologues

Les dix-sept psychologues rencontrés sont, à l'exception d'une personne, toutes des femmes. Agés de 26 à 65 ans, certains ont eu un premier parcours professionnel et ont fait par la suite des études de psychologie menant au métier de psychologue et l'ancienneté dans la profession varie entre un an et quarante ans. Ils sont diplômés de l'Université : DESS de Psychologie, Psychologie Clinique, Psychologie de l'Enfance et

de l'Adolescence, Psychologie Clinique et Psychopathologie, DEPS ou encore Master 2 Recherche. Ils travaillent en tant que psychologue 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 (crèche), Education Nationale (psychologue scolaire), structure de soutien à la parentalité ou encore en libéral. Ils peuvent parallèlement à leur fonction de psychologue exercer comme co-thérapeute, faire de l'accompagnement ethnopsychiatrique, animer des groupes de paroles, organiser des groupes de médiation ou être chargés d'enseignement à l'université, donc dans un même lieu ou sur des lieux différents. Certains ont travaillé au cours de leur carrière en tant que psychologue dans d'autres secteurs que celui dans lequel ils sont actuellement : protection de l'enfance, consultation de PMI, milieu hospitalier, halte-garderie, animation de groupes de paroles. La majorité d'entre eux ont fait des formations complémentaires longues (9/17) 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 manifestations. Ils soulignent la nécessité de cette formation continue car « l'approche du jeune enfant des interactions mère-enfant ont énormément évolué » (P. 4). Seules deux psychologues ont eu une formation concernant spécifiquement la maltraitance.

Les compétences comme l'empathie, la capacité d'écoute attentive et bienveillante des enfants et des parents (8/17), la grande tolérance, la disponibilité, l'adaptabilité, la discrétion, l'amour des enfants et des adolescents apparaissent essentielles à de nombreux professionnels. Un certain nombre (7/17) pensent qu'un travail sur soi est indispensable pour « pouvoir mieux comprendre ce que vivent les autres » (P.1), 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 » (P.5) ou encore « écouter , entendre ce qui se passe en soi.... pour s'en servir comme des outils » (P.15) 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 sont aussi des outils indispensables pour une bonne pratique professionnelle (8/17). Pour les psychologues scolaires, une bonne connaissance de l'institution scolaire, de ses fonctionnements et de la pédagogie est nécessaire.

4.1. Les représentations de la maltraitance

Pour les psychologues la maltraitance « ce serait tout ce qui peut hypothéquer le développement du sujet et sur le plan physique et sur le plan psychique et social » (P.8), « ce qui entrave son développement affectif physique » (P.17) ou encore « porter préjudice au bien-être au dépens de l'enfant » (P.14), et si ce sont les « maltraitements précoces [qui] sont quand même celles qui ont les retentissements les plus importants » (P.9), il est nécessaire de « faire attention aussi à toutes les conséquences traumatiques pour le développement de l'enfant » (P.17) car « les conséquences elles sont énormes à tous les niveaux que ce soit physique ou moral ou mental ou dans la construction de sa personne » (P.15).

S'appuyant sur leur pratique dans leur clinique quotidienne, les psychologues mentionnent les grandes catégories de maltraitance : maltraitance physique, maltraitance psychologique ou psychique ou morale, maltraitance affective et les carences. Pour certains elle se « pratique à beaucoup de niveaux » (P.6) [et], chacun « hiérarchise.. on a chacun ses échelles » (P.16), et « [s']il y a une notion de degré » (P.4), « elle 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 » (P.9.). Si « la maltraitance qui est quand même physique est finalement peut-être plus repérable » (P.9), 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 » (P.4), la « violence psychologique c'est la plus insidieuse parce que finalement elle peut vraiment passer inaperçue » (P.11) et les « maltraitements psychiques c'est beaucoup moins bien repéré » (P.9). La maltraitance physique concerne toutes les atteintes corporelles : coups, violences physiques, abus sexuels (9/17). La maltraitance psychologique ou psychique revêt un grand nombre de formes différentes : oubli, rejet, abandon, non existence de l'autre (5/17), des abus de pouvoir et d'autorité ou de domination (P.1, 5), des exigences excessives en décalage par rapport aux possibilités de l'enfant et des pressions (P.6, 10). Les maltraitements verbales comme les humiliations, les grossièretés, les brimades, les dévalorisations, les critiques, les insultes sont citées très fréquemment. Il en est de même des carences qu'elles soient affectives (P.10, 11, 14) de soins (5/17) ou d'éducation (P.16, 17).

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 et la perception et le degré de tolérance ou d'intolérance à tel ou tel fait varient selon les personnes. Certains trouvent que le terme maltraitance est trop fort « 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 » (P.5), « le mot maltraitance est peut-être un peu fort » (P.2). 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 (P.15) 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 » (P.15). La fessée, même si elle n'est pas reconnue comme moyen éducatif, est comprise et ne choque pas un certain nombre de professionnels. Mais la très grande majorité des psychologues (psychologue de l'ASE, de la PJJ, de certaines institutions) rencontrent très fréquemment, voire quotidiennement, des enfants maltraités ou ont connaissance de situations de maltraitance.

4.2. Origine, causes et explications

La maltraitance est en général et dans la très grande majorité des cas exercée par la famille proche - parents, frère et sœur, beaux-parents, grands-parents -, le cercle familial agrandi - oncle, cousin -, proches de la famille mais ce peut être « toute personne adulte en contact avec un enfant » ou « tout adulte qui a une autorité sur un enfant » (4/17). Les psychologues rencontrés comprennent les comportements des parents ou des adultes maltraitants en essayant soit de « comprendre les histoires depuis la naissance, l'histoire de leur relation à leur enfant » (P.7), soit de « les remettre dans une

dynamique familiale, dans une histoire de famille » (P.3). L'aspect transgénérationnel indiqué par quinze des dix-sept 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 eux-mêmes subis de la maltraitance » (P.13), 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 » (P.9). La non élaboration des traumatismes de l'enfance, la « méconnaissance du très jeune enfant et de ses besoins » (P.8), l'immaturation parentale, les 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 sont des facteurs pouvant amener à des situations de maltraitance. L'alcoolisme, les conduites addictives, la toxicomanie, la maladie mentale (dépression, psychose) et les troubles psychiatriques peuvent également favoriser des comportements maltraitants. D'autres facteurs comme les situations de grande précarité, la misère, l'exiguïté des logements, le stress, le chômage sont aussi évoqués mais ce serait le cumul de plusieurs de ces facteurs qui conduirait l'adulte à des comportements violents. Quant aux châtimements corporels utilisés par certains parents d'autres cultures comme mode d'éducation, ils n'apparaissent pas comme de la maltraitance.

Mentionnées par onze professionnels, les violences institutionnelles, qu'elles se manifestent dans les établissements scolaires - par les membres du corps enseignants ou par le système Education Nationale en tant que tel -, les institutions, les familles d'accueil, les centres de loisirs ou les centres de vacances sont la plupart du temps des violences psychologiques. Celles exercées par les familles d'accueil ou les institutions semblent encore plus inacceptables parce que l'enfant ou l'adolescent qui a été éloigné d'un milieu pathogène ou destructeur est confronté à une situation où le non respect de sa personne est de nouveau à l'œuvre.

La maltraitance des personnes âgées, la maltraitance et les violences conjugales, la maltraitance dans le monde du travail avec la pression hiérarchique et le 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 la maltraitance des enfants ou des adolescents envers leurs parents, maltraitance qui semblerait être en augmentation, sont d'autres formes de maltraitements qui ont été évoqués par les psychologues rencontrés mais qui n'ont pas été développées car peu fréquentes dans leur pratique.

4.3. Vécu : difficultés rencontrées/affects

Pour le psychologue, les situations de maltraitance peuvent générer « beaucoup d'émotions » (P.7), « quelque chose de l'ordre de l'impensable » (P.13), il peut être « parfois en colère, parfois inquiet, parfois débordé, jamais insensible » (P.12) et « c'est quelque chose de très douloureux de voir un enfant maltraité, en souffrance, en souffrance physique ou mentale » (P.6). Cependant il est « dans une perspective d'aide, de soin » (P.8) « de protection » (P.12) de l'enfant et doit donc « mettre à distance ses affects personnels » (P.10), « prendre du recul ... et prendre en compte la souffrance de l'autre enfant et adulte pour [lui] donner la possibilité de se reconstruire », « les moyens

de la résilience » (P.13, 16). Toujours dans ce souci de protection, il peut être amené à faire des signalements.

4.4. Gestion des difficultés et affects - Compétences professionnelles

Les psychologues font état à la fois de l'expérience qu'ils ont de leur formation professionnelle et de leurs insatisfactions. Vis-à-vis de la formation professionnelle les expériences sont très variées. Pour certains la formation universitaire apporte des savoirs théoriques (4/17) ou une « méthode, une façon de réfléchir, de se comporter » (P.7, 3, 17), d'autres la trouvent insuffisante (7/17). Si certains (P.3) trouvent que les stages sont une aide appréciable, d'autres pensent que le travail sur le terrain (P.1, 16) et l'expérience professionnelle (P.7, 12, 14) sont de bons outils.

Si pour certains psychologues « c'est un travail en général individuel » (P.2) et si l'entourage professionnel n'apporte aucune aide (P.10, 11), la grande majorité d'entre eux ont régulièrement des réunions d'équipe soit avec des partenaires psychologues soit dans le cadre de réunions pluridisciplinaires. Ces réunions permettent « de penser à plusieurs et de réfléchir autour de la position qu'on va choisir » (P.3) de « pouvoir [s]'appuyer sur les uns et sur les autres pour pouvoir travailler en ayant cette position comme ça un peu distanciée » (P.12) ou « d'essayer de voir ensemble ce qu'on peut faire » (P.15) 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 (P.16). Ce travail d'équipe « apprécié » (P.16) est en même temps « très confortable, c'est vraiment une chance...d'avoir toujours quelqu'un pour m'aider à réfléchir » (P.12), et il est aussi « important d'avoir des pairs [pour] pas rester isoler avec tout ça. » P.4, 9). Il en est de même pour ce qui concerne les supervisions. 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 (P. 17,15).

4.5. Les besoins, les demandes

« Si on ne se lasse pas d'apprendre », beaucoup de psychologues, ont cependant, 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, 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 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, une réflexion au niveau de l'éthique et du secret professionnel partagé sont d'autres besoins. La mise à disposition de brochures, vidéo, 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 ».

4.6. La bientraitance

Seules deux psychologues connaissaient ce nouveau concept « issu des travaux d'une pouponnière qui travaille à partir de leurs expériences [et] ils ont développé tous les facteurs à mettre en œuvre pour bien traiter l'enfant » (P.14) et « pour lutter contre des violences institutionnelles qui peuvent être à l'œuvre dans n'importe quelle institution » (P.16). Six autres professionnels ne connaissent pas ce terme et s'interrogent sur la nécessité ou la pertinence d'un nouveau terme, voire s'en méfient. Cependant pour tous elle 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 pouvant se résumer ainsi: « proposer à l'enfant un accompagnement aussi bien familial que social qui réponde à ses besoins donc aussi bien physiques, que psychiques que sociaux en fonction de son âge et qui tiennent 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 » (P.8).

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. 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 le cadre de la prévention. Toujours dans cette perspective de 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 soient mises en place très tôt pour permettre une harmonie familiale où chacun est à sa place. Enfin, bien que les psychologues soient très soucieux de protéger et d'aider l'enfant maltraité, il leur semble aussi nécessaire de ne pas évincer les parents et donc d'être « bientraitants avec les parents maltraitants ».

5. Les assistants de service social

Les dix assistantes sociales rencontrées ont une expérience professionnelle d'une durée de six à 30 ans, soit dans des structures à caractère social soit au sein de l'Éducation Nationale (collèges). Elles ont toutes été confrontées à des situations de maltraitance et sont donc très sensibles à ce problème ainsi qu'à leur mission de protection de l'enfant en danger. Chacune apporte sa propre analyse, ses propres nuances, mais dans l'ensemble il existe beaucoup de congruence à propos de certains aspects du problème.

5.1. Les représentations de la maltraitance

Les assistantes sociales repèrent les manifestations répétitives des différents types de maltraitance, et certaines 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. La violence verbale, les paroles blessantes, dévalorisantes, par exemple, font aussi mal que les coups et entraînent des effets destructeurs sur l'image de soi qui se répercutent 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 » (A.9).

Il faut souligner, au travers des comportements cités par les assistantes sociales, que la carence affective et la fusion affective sont perçues comme de la 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 » (A.9) - 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 des fils de fer barbelés » (A.4).

5.2. Origine, causes et explications

Les assistantes sociales situent la maltraitance envers les enfants dans plusieurs registres.

1) 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 de nos codes) et familiales aggravantes dont l'absence du père, quel qu'en soit le motif (horaires de son travail, ou encore père en prison, repérées par la majorité des assistantes sociales. Elles décrivent dès lors des familles démunies, débordées, impuissantes face à l'éducation des enfants, qui sont parfois caractérisés comme hyperactifs, opposants et exigeants, ces comportements s'accroissant à l'adolescence. Le seul mode de communication connu et possible, au sein des familles maltraitantes, passe par la violence, soit sous forme de décharge pulsionnelle soit justifiée car perçue comme étant la seule solution efficace. Un enfant handicapé dont l'état semble ingérable par les parents peut également subir des sévices.

Cependant les causes socio-économiques et culturelles ne constituent pas une excuse précisent certaines : « c'est quand même inacceptable » (A.8) et n'expliquent pas toujours la maltraitance. Celle-ci existe aussi dans des familles aisées dont l'histoire de vie explique la pauvreté affective, et dont les conflits familiaux, le stress lié à leur 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 toute 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 » (A.6). Certains parents aisés appartiennent à des sectes d'où une grande rigidité et de fortes exigences vis-à-vis des enfants.

2) Les institutions qui accueillent des enfants (les foyers par exemple) sont censées apporter une aide à leur développement peuvent, elles aussi, être à l'origine de maltraitance : « des gens qui travaillent dans des institutions qui sont censées réparer... qui peuvent être maltraitants ; il peut y avoir des éducateurs... » (A.3).

3) L'école, 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 » (A.8)-, et 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 » (A.9)- et les renvoient à leur incompetence 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 » (A.9).

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'attaque, 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 » (A.9).

4) La maltraitance institutionnelle peut également exister d'une part envers les familles mal accueillies et insuffisamment aidées, et d'autre part envers les professionnels dont l'investissement dans le travail n'est pas reconnu, et auxquels les réponses attendues lors des signalements faits se font attendre. Elle concerne aussi les enseignants – « pour certains prof, c'est leur premier poste, ils ne sont pas accueillis, ils sont laissés livrés à eux-mêmes dans la classe et se défoulent aussi sur les gamins » (A.10).

5) A 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... » (A.5).

6) Enfin la maltraitance politique (la torture) est signalée par une assistante sociale travaillant au sein d'une structure qui vient en aide à des victimes de tels sévices.

5.3. Vécu : difficultés rencontrées/affects

Les assistantes sociales expriment leur vécu et les diverses difficultés qu'elles rencontrent au travers de paroles où la souffrance peut être repérée. Les sources de souffrance sont multiples. Une source de difficulté est liée à la tâche, c'est-à-dire à la complexité ainsi qu'à la lourdeur des situations à traiter – « 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 » (A.9). Or souvent le travailleur social est réellement seul et souffre de ce manque d'étayage : dans le cadre de l'Éducation Nationale, par exemple, il n'existe qu'un seul poste par collègue. 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 » (A.2). 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 et vaine attente de réponses de la part de leur hiérarchie territoriale : « je crois qu'il n'y a pas de concertation à haut niveau, il y a absence de concertation notamment dans toutes les problématiques de protection de l'enfance ».

De plus, les assistantes sociales décrivent leurs conflits intra-psychiques et 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 quant à la problématique de séparation et de perte, ce d'autant plus que l'on travaille seul ;

- 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 » (A.7) ;

- ambivalence, quant à l'écoute : désir de faire confiance à la parole de l'utilisateur, mais incertitude quant au degré de fiabilité de celles-ci ;

- doute concernant l'empathie : nécessité d'une écoute chaleureuse, de percevoir ce que l'utilisateur ressent, mais aussi peur d'en manquer à cause de la surcharge de travail, et en outre 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 quant à la mission de l'assistant social – « 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 » (A.7) - et quant à son rôle, autrement dit, peur d'être envahi par les exigences et la souffrance qu'il exprime voire par la violence de ses paroles ;

- ces affects d'angoisse peuvent rejaillir sur la vie personnelle et se manifester par des insomnies - "bon, je crois que les nuits blanches, elles sont surtout liées à notre travail" (A.3).

Une seule professionnelle exprime clairement un vécu de plaisir au travail.

5.4. Gestion des difficultés et affects

Les assistantes sociales 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 encore en se créant un réseau de partenaires. Elles participent à des journées de formation ou à des groupes de réflexion, et font un travail incessant sur eux-mêmes : « on continue toujours à se perfectionner », « j'ai dû faire un énorme travail sur l'abandon et la maltraitance » (A.5). D'autre part, certaines proposent de créer un lieu d'aide à la parentalité, un espace parental de parole. En essayant d'établir un dialogue avec les usagers, un travail répétitif d'apaisement et d'analyse des situations avec les parents, elles espèrent les faire évoluer, les amener à des comportements plus responsables, moins maltraitants afin d'éviter le placement.

5.5. 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'utilisateur ainsi qu'une aptitude à trouver la juste distance pour éviter une implication affective auto-destructrice. Quant aux contenus de leur formation initiale en trois ans menant au diplôme d'État d'Assistant du Service Social, les assistantes sociales 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 » (A.10).

Il faut donc continuer à se former durant toute la vie professionnelle. Leurs demandes varient selon leurs besoins individuels d'approfondissement dans les domaines suivants : droit, psychologie, psychiatrie, ethnopsychiatrie, gériatrie. Des demandes de formation à l'entretien familial, à l'approche psychosociale, au management d'une équipe, à l'interculturalité et à la médiation sont également formulées. Un espace de parole, de débriefing, de supervision, d'analyse des pratiques a manqué à la majorité des personnes interrogées. Des propositions d'une 4^{ème} année de spécialisation sont quelquefois émises, conduisant à un diplôme en 4 ans.

Une demande de création de postes supplémentaires, afin d'éviter le travail solitaire, est prégnante à travers le discours, et même s'il n'est pas toujours proposé il reste implicite. De même que la demande de création de davantage de structures d'accueil et de prise en charge éducative. Des propositions novatrices apparaissent également concernant l'évolution de la profession. Les assistantes sociales devraient publier plus souvent des articles à propos de leurs pratiques professionnelles et théoriser – « nous les travailleurs sociaux, on a en général des complexes, 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 » (A.4).

Des espaces d'aide à la parentalité, projet trop souvent délaissé en France, doivent voir le jour : « c'est difficile d'être parent quand on est à la fois démuné 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, et que pour y avoir participé, j'ai déjà participé à des groupes de paroles 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 » (A.5). Une action de prévention est nécessaire dès le plus jeune âge et au sein de l'Éducation Nationale, par exemple, il serait nécessaire d'introduire des assistants sociaux dès l'école primaire, voire dès la maternelle.

5.6. La bientraitance

Quelles seraient les caractéristiques définissant la bientraitance ? Il s'agit, selon la grande majorité des assistantes sociales interrogées, de respecter l'enfant, de le protéger, de répondre à ses besoins de soins, de sécurité, d'éducation en un mot : de développement. Certaines complètent ces propos en précisant qu'il s'agit de le traiter comme un être humain, non comme un objet, de lui permettre de s'exprimer. La bientraitance implique aussi de s'adapter à chaque enfant et à son évolution. La bientraitance institutionnelle vis-à-vis des familles consiste à les accueillir chaleureusement, à les écouter, à croire à leur vécu et à agir en tenant compte de celui-ci en leur assurant le minimum vital leur permettant d'évoluer : « il va falloir faire émerger les potentialités de la famille c'est la bientraitance au service de la maltraitance » (A.1). 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 dans nos évaluations... que les choses aillent un peu plus vite, qu'on perde moins de temps en tergiversations, ...moins exigeants 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 » (A.9).

6. En guise de conclusion des entretiens

Plusieurs constats ressortent de l'ensemble de ces entretiens. Tout d'abord le profond malaise ressenti par tous : la difficulté de saisir les « causes » tant elles sont imbriquées les unes aux autres et dépassant les cas individuels, la tentation est forte de rendre la société responsable et, sinon la société dans son ensemble, du moins à travers les biais qu'elle suscite au niveau des relations familiales. L'incertitude également quant à la définition de la « maltraitance ». Nombre de professionnels s'accordent ainsi sur la difficulté d'établir des frontières entre ce qui « est » et ce qui « n'est pas » maltraitant. Et ce, n'est pas sans être modulé par les contacts de cultures qui font que ce qui est maltraitance au sein de notre société n'est pas toujours vécu comme tel au sein d'autres

groupes sociaux. L'absence de formation et le besoin ressenti d'informations mais aussi de soutien, mais encore de repères s'avèrent également présents chez nombre de professionnels, quelle que soit leur origine. Un autre constat quelque peu inquiétant concerne la méconnaissance du concept de bientraitance. Certes, est-il récent et cela n'est pas sans évoquer le fait qu'il y a quelques siècles l'intolérance se manifesta bien avant que le concept de tolérance ne fut connu.

L'accent n'en est pas moins mis sur des points différents selon les professions, selon les difficultés que rencontrent les intervenants de par leur fonction. C'est ainsi que les écoutants de téléphonie médico-sociale qui doivent fréquemment faire face à des situations d'enfants en danger, sont constamment « sous pression » devant des situations qu'ils peuvent difficilement contrôler et auxquelles ils sont obligés de faire face. Ceci est d'autant plus marqué chez les écoutants du SNATED qui, de par leur fonction, contrairement aux autres professionnels, sont là, avant tout, pour « écouter » et répondre aux situations d'enfants en risque. La prise en charge d'enfants en danger ne correspond pas en revanche aux fonctions des professeurs des écoles qui ne sont confrontés à la maltraitance que contraints, contre leur volonté. Mal préparés à de telles situations, la tentation de déni peut être forte. Ils ne sont pas dans l'écoute comme les psychologues ou les écoutants, mais se trouvent soudainement devant des problèmes qui les dépassent. La fonction des médecins est de soigner les patients, de les traiter médicalement. Face à l'enfant en risque, ils voient la relation malade/médecin habituelle s'estomper, devant prendre des décisions qui peuvent conduire à sa rupture. Les psychologues, eux, sont dans l'écoute, mais comment « écouter » des choses aussi lourdes que la maltraitance ? Comment rester neutre alors-même que la loi les oblige à réagir, à signaler, rompant ainsi une relation déjà fragile. La situation des assistantes sociales est différente, car ces professionnelles sont confrontées à l'action, au signalement, de par leur fonction. Cependant, parfois en mal de repères, elles se trouvent face à des situations complexes où les familles risquent de disparaître si elles pressentent leur intervention.

Nous nous trouvons donc face à des professionnels motivés mais inquiets, qui veulent faire au mieux sans, le plus souvent, savoir ce qu'il faut faire. A des professionnels qui, en proie à leurs propres habitudes, à leurs représentations et croyances et à leurs angoisses se sentent parfois si démunis que se trouvant eux-mêmes en recherche de repères, peuvent difficilement en apporter à d'autres et qui, alors, peuvent être amenés à ne pouvoir « entendre » ces carences, ces violences silencieuses qui frappent certaines victimes et les dénier.

D'où l'intérêt d'aller plus avant et de voir ce qui ressort de l'analyse des résultats quantitatifs qui permet sur une population nettement plus vaste de chercher à voir s'il y a plus de cohésion ou non entre les théories qui les meuvent quant à la justification éventuelle de la violence à l'encontre de l'enfant et tant les pratiques qu'ils jugent adéquates pour son éducation que les caractéristiques qu'ils prêtent à l'enfant ou les besoins vitaux qu'ils lui supposent.

Troisième partie

ANALYSE DES RESULTATS QUANTITATIFS

L'étude a porté sur 309 professionnels qui ont répondu individuellement à la batterie de questionnaires. Les sujets étaient volontaires et leur anonymat était préservé. Ils étaient informés du but de l'étude. Les données sont constituées par les réponses des professionnels interrogés à travers quatre questionnaires.

Le premier questionnaire (Justification de la violence) est relatif à la conception de la violence et de ce qui pourrait la justifier. Il est constitué de 44 items auxquels les sujets interrogés répondent sur une échelle en sept points. Le deuxième questionnaire, relatif aux caractéristiques personnelles valorisées chez l'enfant par les professionnels, se présente différemment. Chaque répondant doit sélectionner six caractéristiques, le plus importantes à ses yeux, parmi 24, et les classer. Le troisième, relatif aux comportements parentaux valorisés, requiert de la part du répondant le classement de cinq comportements par ordre d'importance et cela dans trois rubriques distinctes. Le quatrième, relatif aux pratiques éducatives, se présente sous la forme de 21 items auxquels le sujet répond sur une échelle en six points.

Sur les quatre questionnaires constituant l'étude, trois ont été analysés au moyen d'Analyses en Composantes Principales (ACP standard), à savoir le questionnaire sur la justification de la violence, le questionnaire sur les pratiques éducatives et celui sur les comportements parentaux valorisés. Les deux premiers ont un format de réponses de type échelle de Lickert, et on a considéré l'ordre de choix des items du dernier questionnaire comme des notes, donc analysable avec une ACP. Le questionnaire sur les traits de caractères valorisés a, lui, fait l'objet d'une Analyse des Correspondances Multiples, permettant de traiter des variables codées, selon qu'elles ont ou non été choisies par les répondants.

I. Population

Les répondants sont au nombre de 309, avec 64 assistantes sociales (21%), 46 écoutants de téléphonie médico-sociale (15%), 65 professeurs des écoles (21%), 50 médecins (16%), 43 gendarmes (14%) et 41 psychologues (13%). Sept professionnels sur dix sont des femmes. Seule la profession médicale est équilibrée quant à la répartition selon le sexe, toutes les autres étant très majoritairement représentée par des femmes, à l'exclusion de la gendarmerie où elles ne sont que 14%. Une ancienneté professionnelle de dix ans correspond approximativement à la médiane générale. Mais si cette ancienneté s'avère très forte chez les enseignants et les médecins où respectivement près de sept et de huit personnes sur dix ont plus de dix ans d'expérience, elle est en revanche plus faible chez les écoutants et les gendarmes. Trente pourcents de la population n'a pas d'enfant, 20% en ont un, un tiers en ont deux et près de 20% ont une famille nombreuse. Quatre professionnels sur dix ont moins de 40 ans.

Ces données à caractère démographique ont été présentées pour information. Elles ont été introduites dans les analyses statistiques mais, d'une part, se trouvaient le plus souvent confondues avec la catégorie socioprofessionnelle – les psychologues ou les

assistantes sociales sont très majoritairement des femmes, les gendarmes des hommes, etc. – et d'autre part avaient des contributions très faibles (inférieures à 10%). Elles ne sont donc pas prises en compte dans les analyses qui suivent.

Répartition par sexe

	Effectifs /(<i>Pourcentages</i>)	Hommes	Femmes	Total
1	Assistantes Sociales	3 (5%)	61 (95%)	64
2	Écouteurs	8 (17%)	38 (83%)	46
3	Enseignants	14 (22%)	51 (78%)	65
4	Médecins	27 (54%)	23 (46%)	50
5	Gendarmes	37 (86%)	6 (14%)	43
6	Psychologues	10 (24%)	31 (76%)	41
	Total	99 (32%)	210 (68%)	309

Répartition selon l'ancienneté

	Effectifs /(<i>Pourcentages</i>)	< 3 ans	4-10 ans	> 10 ans	Total
1	Assistantes Sociales	8 (13%)	21 (33%)	34 (54%)	63
2	Écouteurs	12 (28%)	24 (56%)	7 (16%)	43
3	Enseignants	8 (13%)	13 (20%)	43 (67%)	64
4	Médecins	3 (6%)	9 (18%)	38 (76%)	50
5	Gendarmes	7 (16%)	13 (30%)	23 (53%)	43
6	Psychologues	10 (24%)	14 (34%)	17 (42%)	41
	Total	48 (16%)	94 (31%)	162 (53%)	304

Répartition selon le nombre d'enfants

	Effectifs	0	1	2	3	4	5	6	Total
1	Assistantes Sociales	12	18	20	12	1	1	0	64
2	Écouteurs	27	4	9	1	2	0	0	43
3	Enseignants	16	14	25	9	1	0	0	65
4	Médecins	7	3	11	19	5	2	2	49
5	Gendarmes	18	9	12	3	1	0	0	43
6	Psychologues	16	10	10	5	0	0	0	41
	Total	96	58	87	49	10	3	2	305

Répartition par catégories d'âge

	Effectifs	22-29	30-39	40-49	50-65	Total
1	Assistantes Sociales	9	17	24	13	63
2	Écouteurs	6	21	9	8	44
3	Enseignants	11	8	21	25	65
4	Médecins	1	8	11	29	49
5	Gendarmes	14	14	14	1	43
6	Psychologues	8	7	13	13	41
	Total	49	75	92	89	305

Ensemble de tableaux 2
Présentation de la population

II. Questionnaire de justification de la violence

L'étude du questionnaire de justification de la violence est abordée par la description par catégories d'intervenants suivie d'une analyse multidimensionnelle (ACP). On notera que les résultats suivants, présentés sous forme de pourcentages pour une plus grande lisibilité, ont individuellement fait l'objet d'arrondis, ce qui explique que le pourcentage total puisse ne pas être toujours égal à 100%.

1. Description par catégories d'intervenants

Les tableaux ci-dessous rapportent les effectifs par type de réponse au questionnaire sur la justification de la violence pour laquelle les réponses possibles s'échelonnent en 7 points avec un point central d'indécision, avec des formulations un peu différentes selon les sous-échelles. Ces 7 points ont ici été rassemblés en 3 catégories, l'indécision (réponse 4 à l'échelle), et de part et d'autre, deux catégories de réponses soit négatives, soit positives, qui additionnent les effectifs de réponses 1, 2, 3 d'un côté et 5, 6, 7 de l'autre. On notera que l'échelle de jugement de la violence des comportements a vu ses scores inversés, afin d'obtenir une homogénéité des résultats, les réponses positives devenant ainsi le signe d'une certaine tolérance ou minimisation de la violence sur tous les items de ce questionnaire.

1.1. Questionnaire de tolérance envers la violence faite aux enfants

Q1: Si on est sévère avec l'enfant, il nous remerciera plus tard

	Pourcentages	Plutôt pas d'accord	Ne se prononce pas	Plutôt d'accord
1	Psychologues	51	27	22
2	Écouteurs	50	26	24
3	Assistants Sociales	50	20	30
4	Médecins	40	32	28
5	Enseignants	28	15	57
6	Gendarmes	19	21	60
	Total	39	23	38

Q2: Les enfants ont besoin d'autorité pour se sentir en sécurité

	Pourcentages	Plutôt pas d'accord	Ne se prononce pas	Plutôt d'accord
1	Assistants Sociales	2	6	92
2	Enseignants	5	3	92
3	Psychologues	7	0	93
4	Médecins	6	4	90
5	Écouteurs	7	4	89
6	Gendarmes	12	5	84
	Total	6	4	90

Q3: Une fessée n'a jamais fait de mal à personne

	Pourcentages	Plutôt pas d'accord	Ne se prononce pas	Plutôt d'accord
1	Psychologues	61	22	17
2	Médecins	62	14	24
3	Écouteurs	59	15	26
4	Assistants Sociales	44	17	39
5	Enseignants	40	14	46
6	Gendarmes	14	9	77
	Total	46	15	39

Q4: Les enfants pleurent souvent pour rien

	Pourcentages	Plutôt pas d'accord	Ne se prononce pas	Plutôt d'accord
1	Psychologues	95	5	0
2	Écouteurs	91	7	2
3	Assistants Sociales	89	9	2
4	Enseignants	83	9	8
5	Médecins	84	4	12
6	Gendarmes	67	19	14
	Total	85	9	6

Q5: Il y a des enfants qui ont besoin d'une bonne correction de temps en temps

	Pourcentages	Plutôt pas d'accord	Ne se prononce pas	Plutôt d'accord
1	Écouteurs	83	11	7
2	Assistants Sociales	75	13	13
3	Médecins	82	2	16
4	Psychologues	63	15	22
5	Enseignants	68	8	25
6	Gendarmes	35	21	44
	Total	69	11	20

Q6: Aujourd'hui les enfants ne respectent plus leurs parents

	Pourcentages	Plutôt pas d'accord	Ne se prononce pas	Plutôt d'accord
1	Assistants Sociales	44	31	25
2	Psychologues	49	22	29
3	Médecins	36	34	30
4	Enseignants	45	20	35
5	Écouteurs	41	22	37
6	Gendarmes	23	21	56
	Total	40	25	35

Q7: Les enfants mentent facilement

	Pourcentages	Plutôt pas d'accord	Ne se prononce pas	Plutôt d'accord
1	Médecins	66	22	12
2	Psychologues	63	12	24
3	Assistants Sociales	56	25	19
4	Écouteurs	54	22	24
5	Enseignants	45	22	34
6	Gendarmes	19	30	51
	Total	51	22	27

Q8: Les enfants n'ont pas de limites

	Pourcentages	Plutôt pas d'accord	Ne se prononce pas	Plutôt d'accord
1	Psychologues	44	29	27
2	Médecins	50	16	34
3	Écouteurs	43	24	33
4	Gendarmes	37	28	35
5	Assistants Sociales	30	30	41
6	Enseignants	32	12	55
	Total	39	23	39

Ensemble de tableaux 3
Tolérance

Ce qui apparaît à la première lecture de ces tableaux rassemblant les résultats à l'échelle de tolérance envers la violence faite aux enfants, c'est le statut particulier de l'item 2. Quatre-vingt-dix pourcent des intervenants considèrent que les enfants ont besoin d'autorité pour se sentir en sécurité, contre 6% qui ne sont pas d'accord avec cet énoncé, recrutés principalement parmi les gendarmes. Par ailleurs, sur l'ensemble des réponses aux sept autres items, on remarque que 53% de celles-ci sont des manifestations de désaccord avec les énoncés, 18% d'indécision et 29% d'accord, justifiant ainsi peu ou prou dans près de la moitié des cas, la sévérité, voire la violence envers les enfants, l'image de ces derniers semblant plutôt négative aux yeux des répondants.

Certaines questions semblent avoir davantage dérangé les répondants que d'autres, ce qui se traduit par un taux important de réponses indéterminées (« ni en désaccord, ni en accord ») 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 la question 1 sur la sévérité recueille 23% d'indécision, soit près d'un répondant sur quatre, surtout chez les psychologues et les écoutants, voire près d'un sur trois chez les médecins. Les questions 6, 7 et 8 recueillent le même type de profil d'indécision, avec 25%, 22% et 29% respectivement. Autour d'un tiers des médecins et des assistantes sociales ne se prononcent pas quant au fait que les enfants ne respectent plus leurs parents, près de 30% des assistantes sociales et des psychologues ne se prononcent pas sur l'absence de limites des enfants, et pas loin d'un quart des assistantes sociales, 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 interrogent 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 items non désirables socialement, sans pouvoir cependant se dire ouvertement en désaccord avec eux, ce qui pourrait conduire à les associer aux réponses positives à ces items de tolérance.

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. 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 (Q3). Sept pourcent sont d'accord avec le fait que certains enfants ont besoin d'une bonne correction de temps en temps, 11% ne se prononcent pas (Q5). Vingt-quatre pourcent prônent la sévérité, 26% ne se prononcent pas (Q1). Trente-sept pourcent estiment que les enfants ne respectent plus leurs parents (Q6), 24% qu'ils mentent facilement (Q7) et 33% qu'ils n'ont pas de limites (Q8), avec des taux d'indécision de 22%, 22% et 24% respectivement, ce qui conduit à peine la moitié d'entre eux à être en désaccord avec ces énoncés.

1.2. Questionnaire de jugement sur la violence des comportements

La violence des comportements est abordée à travers les échelles d'intimidation, d'isolement et de rejet de l'enfant.

1.2.1. Échelle d'intimidation

Q25: *Se mettre en colère après l'enfant*

	Pourcentages	Violent	+ ou – violent	Pas violent
1	Écouteurs	15	43	41
2	Assistants Sociales	11	48	41
3	Psychologues	12	44	44
4	Médecins	18	30	52
5	Enseignants	11	37	52
6	Gendarmes	0	40	60
	Total	11	40	48

Q32: *Donner une tape à l'enfant*

	Pourcentages	Violent	+ ou – violent	Pas violent
1	Écouteurs	43	35	22
2	Psychologues	39	34	27
3	Médecins	38	26	36
4	Assistants Sociales	30	31	39
5	Enseignants	23	28	49
6	Gendarmes	14	26	58
	Total	31	30	39

Q43: *Donner des ordres à l'enfant en criant*

	Pourcentages	Violent	+ ou – violent	Pas violent
1	Enseignants	77	17	6
2	Psychologues	73	20	7
3	Écouteurs	72	22	7
4	Médecins	70	24	6
5	Assistants Sociales	64	33	3
6	Gendarmes	63	28	9
	Total	70	24	6

Q34: *Donner une correction à l'enfant*

	Pourcentages	Violent	+ ou – violent	Pas violent
1	Médecins	90	6	4
2	Enseignants	86	14	0
3	Assistants Sociales	75	22	3
4	Psychologues	73	22	5
5	Écouteurs	78	11	11
6	Gendarmes	67	19	14
	Total	79	16	6

Q39: *Pincer l'enfant*

	Pourcentages	Violent	+ ou – violent	Pas violent
1	Assistants Sociales	92	8	0
2	Enseignants	91	8	2
3	Médecins	86	10	4
4	Psychologues	83	12	5
5	Écouteurs	78	17	4
6	Gendarmes	56	26	19
	Total	83	13	5

Q35: Menacer l'enfant de lui faire du mal

	Pourcentages	Violent	+ ou – violent	Pas violent
1	Enseignants	92	3	5
2	Assistantes Sociales	89	9	2
3	Médecins	86	12	2
4	Psychologues	80	17	2
5	Écouteurs	80	15	4
6	Gendarmes	60	19	21
	Total	83	12	6

Q26: Gifler l'enfant

	Pourcentages	Violent	+ ou – violent	Pas violent
1	Psychologues	98	2	0
2	Médecins	90	4	6
3	Écouteurs	89	7	4
4	Enseignants	89	3	8
5	Assistantes Sociales	84	14	2
6	Gendarmes	56	19	26
	Total	85	8	7

Q36: Faire peur à l'enfant en lançant ou en fracassant un objet

	Pourcentages	Violent	+ ou – violent	Pas violent
1	Psychologues	100	0	0
2	Assistantes Sociales	98	2	0
3	Écouteurs	96	4	0
4	Médecins	94	6	0
5	Enseignants	94	5	2
6	Gendarmes	84	12	5
	Total	94	5	1

Ensemble de tableaux 4
Intimidation

Lorsque l'on ordonne les items de l'échelle d'intimidation de ceux correspondant à des comportements qui ont été jugés les moins violents à ceux qui ont été jugés les plus violents, on observe un contraste marqué entre les items 25 et 32 et les autres. 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. Le point central de l'échelle s'interprète ici de manière légèrement différente de 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 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 69% que donner une tape ne l'est pas non plus. L'écrasante majorité d'opinion non négatives concernant ce type de comportements peut être mis en relation avec la représentation précédemment présentée 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 sembleraient s'interdire la manifestation émotionnelle d'un désaccord qui peut déstabiliser l'enfant par une absence de réaction marquée lorsque les limites ont été franchies.

En ce qui concerne les autres items, 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. Il peut sembler surprenant que gifler l'enfant soit globalement jugé davantage violent (85%) que lui donner une correction (79%), comportement qui sous-entend une atteinte physique plus marquée dans sa durée, voire son intensité. Enfin, le comportement jugé le plus violent concerne le fait de lancer ou 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.

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 ne sont pas globalement suivis par les enseignants comme dans les items 1 à 8, présentés précédemment. Ces derniers sont parmi les plus nombreux 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 interrogé à nouveau, puisqu'ils sont 4% à trouver que pincer l'enfant ou menacer de lui faire du mal n'est pas violent et 17% et 15% à estimer ces comportements comme plus ou moins violents, donc 19% à 21% à ne pas les trouver 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 assistantes sociales (27% et 25%) estiment que donner une correction à l'enfant n'est pas violent dans l'absolu, avec une position médiane particulièrement élevée (22%).

Ces résultats semblent indiquer que parmi les groupes d'intervenants interrogés, il existe un ensemble de personnes qui, pour faible 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.

1.2.2. Échelle d'isolement

Q30: Empêcher l'enfant de parler aux voisins

	Pourcentages	Violent	+ ou – violent	Pas violent
1	Médecins	78	12	10
2	Psychologues	66	24	10
3	Enseignants	65	26	9
4	Assistants Sociales	61	22	17
5	Écoutants	54	33	13
6	Gendarmes	44	19	37
	Total	62	23	16

Q27: Toujours interdire à l'enfant d'amener des amis à la maison

	Pourcentages	Violent	+ ou – violent	Pas violent
1	Écoutants	80	11	9
2	Psychologues	71	20	10
3	Médecins	66	20	14
4	Assistants Sociales	67	16	17
5	Enseignants	65	18	17
6	Gendarmes	33	28	40
	Total	64	18	17

Q40: Interdire à l'enfant toute activité en dehors de l'école

	Pourcentages	Violent	+ ou – violent	Pas violent
1	Psychologues	88	7	5
2	Médecins	86	10	4
3	Assistants Sociales	84	14	2
4	Écouteurs	83	11	7
5	Enseignants	78	18	3
6	Gendarmes	63	23	14
	Total	81	14	5

Q31: Critiquer tous les amis de l'enfant

	Pourcentages	Violent	+ ou – violent	Pas violent
1	Écouteurs	91	4	4
2	Psychologues	90	5	5
3	Enseignants	80	15	5
4	Assistants Sociales	78	19	3
5	Médecins	78	18	4
6	Gendarmes	60	23	16
	Total	80	15	6

Ensemble de tableaux 5

Isolement

Les pourcentages de jugement des items de cette échelle d'isolement de l'enfant comme violents sont globalement plus faibles que ceux de 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. 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, un répondant sur 5 ne juge pas ces comportements comme violents 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 items de cette échelle. On peut cependant à nouveau s'étonner que seulement 54% des écouteurs jugent violent d'empêcher l'enfant de parler aux voisins ou que seulement les deux tiers des enseignants, des médecins et des assistantes sociales trouvent violent d'interdire systématiquement à l'enfant d'amener des amis à la maison. 20% des médecins, des enseignants et des assistantes sociales n'estiment pas violent dans l'absolu de critiquer tous les amis de l'enfant, alors qu'environ 20% des enseignants, des assistantes sociales et des écouteurs 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.

1.2.3. Échelle de rejet

Q44: Minimiser les succès scolaires de l'enfant

	Pourcentages	Violent	+ ou – violent	Pas violent
1	Psychologues	83	12	5
2	Médecins	82	14	4
3	Enseignants	80	17	3
4	Assistants Sociales	78	17	5
5	Écouteurs	74	22	4
6	Gendarmes	58	28	14
	Total	76	18	6

Q37: Critiquer l'enfant pour tout ce qu'il fait

	Pourcentages	Violent	+ ou – violent	Pas violent
1	Assistants Sociales	98	2	0
2	Écouteurs	96	4	0
3	Psychologues	95	5	0
4	Enseignants	94	2	5
5	Médecins	88	8	4
6	Gendarmes	81	16	2
	Total	93	6	2

Q28: Rire de l'apparence physique de l'enfant

	Pourcentages	Violent	+ ou – violent	Pas violent
1	Psychologues	98	2	0
2	Écouteurs	98	0	2
3	Assistants Sociales	97	0	3
4	Enseignants	94	3	3
5	Gendarmes	91	9	0
6	Médecins	88	8	4
	Total	94	4	2

Q29: Donner à l'enfant un surnom négatif

	Pourcentages	Violent	+ ou – violent	Pas violent
1	Assistants Sociales	100	0	0
2	Psychologues	98	2	0
3	Écouteurs	96	2	2
4	Enseignants	94	3	3
5	Médecins	92	6	2
6	Gendarmes	81	16	2
	Total	94	5	2

Q33: Dire à l'enfant qu'on aimerait s'en débarrasser

	Pourcentages	Violent	+ ou – violent	Pas violent
1	Écouteurs	100	0	0
2	Psychologues	98	2	0
3	Assistants Sociales	98	0	2
4	Enseignants	97	2	2
5	Gendarmes	95	5	0
6	Médecins	96	2	2
	Total	97	2	1

Q38: Dire à l'enfant qu'on regrette de l'avoir mis au monde

	Pourcentages	Violent	+ ou – violent	Pas violent
1	Écouteurs	100	0	0
2	Assistants Sociales	100	0	0
3	Enseignants	100	0	0
4	Psychologues	98	2	0
5	Gendarmes	98	0	2
6	Médecins	94	2	4
	Total	98	1	1

Q42: Dire à l'enfant qu'il ne fera jamais rien de bon dans sa vie

	Pourcentages	Violent	+ ou – violent	Pas violent
1	Psychologues	100	0	0
2	Écouteurs	100	0	0
3	Assistants Sociales	100	0	0
4	Enseignants	100	0	0
5	Médecins	94	6	0
6	Gendarmes	93	5	2
	Total	98	2	0

Q41: Briser, détruire ou jeter les jouets préférés de l'enfant

	Pourcentages	Violent	+ ou – violent	Pas violent
1	Psychologues	100	0	0
2	Assistants Sociales	100	0	0
3	Enseignants	100	0	0
4	Gendarmes	98	2	0
5	Médecins	98	0	2
6	Écouteurs	96	4	0
	Total	99	1	0

Ensemble de tableaux 6
Rejet

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 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 qualifie pas comme tel. Critiquer l'enfant pour tout ce qu'il fait, rire de son apparence physique ou lui donner un surnom négatif recueillent encore 10%, dans certains groupes d'intervenants, de personnes susceptibles de trouver ces comportements comme pas violents ou plus ou moins violents. Les quatre derniers items, 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 une quasi unanimité dans le jugement de violence qu'ils suscitent. 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 le plus dans leurs rangs des personnes susceptibles de juger ces comportements de rejet comme plus ou moins violents, voire pas violents, suivis cette fois des médecins, voire des écouteurs. Un quart des écouteurs 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. 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%). 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, les réponses des autres catégories d'intervenants montrent qu'elles peuvent être très tranchées et absolues, avec 100% de répondants qualifiant certains de ces comportements comme violents sans hésitation, ou refusant d'en qualifier d'autres comme peu ou pas violents, et c'est ce contraste qui conduit à s'interroger sur les exceptions.

1.3. Questionnaire d'attribution de la violence

L'attribution de la violence est approchée à travers la non responsabilité supposée des parents et le blâme des comportements de l'enfant supposés justifier la violence.

1.3.1. Non responsabilité du parent

Q15: *Le parent est saoul*

	Pourcentages	Inacceptable	Ne se prononce pas	Acceptable
1	Gendarmes	88	9	2
2	Assistantes Sociales	84	11	5
3	Enseignants	83	6	11
4	Médecins	80	10	10
5	Psychologues	76	12	12
6	Écouteurs	70	17	13
	Total	81	11	9

Q24: *Le parent est violent*

	Pourcentages	Inacceptable	Ne se prononce pas	Acceptable
1	Gendarmes	88	9	2
2	Assistantes Sociales	84	14	2
3	Enseignants	85	8	8
4	Médecins	80	10	10
5	Écouteurs	76	11	13
6	Psychologues	66	12	22
	Total	81	11	9

Q11: *Le parent souffre de troubles mentaux*

	Pourcentages	Inacceptable	Ne se prononce pas	Acceptable
1	Gendarmes	74	19	7
2	Médecins	72	18	10
3	Assistantes Sociales	63	33	5
4	Enseignants	65	22	14
5	Écouteurs	59	24	17
6	Psychologues	51	32	17
	Total	64	25	11

Q22: Le parent a été battu dans son enfance

	Pourcentages	Inacceptable	Ne se prononce pas	Acceptable
1	Gendarmes	81	12	7
2	Assistants Sociales	75	17	8
3	Médecins	72	16	12
4	Enseignants	68	12	20
5	Écouteurs	54	26	20
6	Psychologues	56	17	27
	Total	68	17	15

Q13: Le parent a perdu le contrôle de lui-même

	Pourcentages	Inacceptable	Ne se prononce pas	Acceptable
1	Gendarmes	79	7	14
2	Écouteurs	72	9	20
3	Médecins	70	12	18
4	Enseignants	68	6	26
5	Assistants Sociales	64	17	19
6	Psychologues	59	17	24
	Total	68	11	20

Ensemble de tableaux 7
Non responsabilité de parent

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 la parent soit saoul ou violent. 20% cependant des répondants sont soit sans opinion (11%), soit jugent ces explications acceptables (9%). Quant au fait que le parent a été battu dans son enfance ou qu'il a 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, 11% d'entre eux trouvant néanmoins cette raison acceptable.

En ce qui concerne la répartition des réponses par catégories d'intervenants, on remarque que les gendarmes sont systématiquement ceux qui jugent le plus inacceptable ces explications de la violence à l'enfant en termes de non responsabilité du parent. Par contre, les psychologues et les écouteurs sont parmi ceux qui les trouvent les plus acceptables. Les importantes variations entre groupes des personnes qui ne se prononcent pas rend le classement entre catégories parfois difficile, comme dans le cas des enseignants et de l'item sur la perte de contrôle, où ils sont 68% à trouver cette raison inacceptable, mais 26% à la trouver acceptable, ce qui constitue le pourcentage le plus élevé, enregistrant par ailleurs la proportion d'indécision la plus faible (6%). Cette remarque vaut d'ailleurs pour l'ensemble des réponses à cet item, nettement plus problématique semble-t-il pour certaines catégories d'intervenants que pour d'autres. On peut aussi signaler à cet égard les 33% d'indécision des assistantes sociales sur l'explication en termes de troubles mentaux, contre 5% d'entre elles qui estiment cette raison acceptable.

1.3.2. Blâme de l'enfant

Q23: Le parent n'a pas le choix

	Pourcentages	Inacceptable	Ne se prononce pas	Acceptable
1	Médecins	92	4	4
2	Écouteurs	89	9	2
3	Assistants Sociales	89	9	2
4	Enseignants	85	9	6
5	Psychologues	83	12	5
6	Gendarmes	81	16	2
	Total	87	10	4

Q18: L'enfant ne comprend pas autrement

	Pourcentages	Inacceptable	Ne se prononce pas	Acceptable
1	Écouteurs	96	4	0
2	Assistants Sociales	94	3	3
3	Médecins	92	8	0
4	Psychologues	90	10	0
5	Enseignants	88	9	3
6	Gendarmes	67	26	7
	Total	88	8	9

Q21: Le parent aime l'enfant

	Pourcentages	Inacceptable	Ne se prononce pas	Acceptable
1	Écouteurs	91	7	2
2	Médecins	88	8	4
3	Assistants Sociales	83	14	3
4	Enseignants	78	14	8
5	Psychologues	73	20	7
6	Gendarmes	72	23	5
	Total	81	14	5

Q19: Le parent agit dans l'intérêt de l'enfant

	Pourcentages	Inacceptable	Ne se prononce pas	Acceptable
1	Écouteurs	96	2	2
2	Assistants Sociales	91	3	6
3	Médecins	88	8	4
4	Psychologues	85	10	5
5	Enseignants	78	6	15
6	Gendarmes	58	23	19
	Total	83	8	9

Q20: L'enfant est coléreux

	Pourcentages	Inacceptable	Ne se prononce pas	Acceptable
1	Écouteurs	96	2	2
2	Assistants Sociales	91	6	3
3	Médecins	90	6	4
4	Psychologues	76	17	7
5	Enseignants	78	8	14
6	Gendarmes	60	16	23
	Total	83	9	9

Q12: L'enfant le mérite

	Pourcentages	Inacceptable	Ne se prononce pas	Acceptable
1	Psychologues	95	5	0
2	Écouteurs	96	0	4
3	Médecins	86	8	6
4	Assistants Sociales	81	14	5
5	Enseignants	80	6	14
6	Gendarmes	53	23	23
	Total	82	9	9

Q9: L'enfant est désobéissant

	Pourcentages	Inacceptable	Ne se prononce pas	Acceptable
1	Assistants Sociales	91	3	6
2	Écouteurs	91	2	7
3	Médecins	88	4	8
4	Psychologues	83	7	10
5	Enseignants	77	11	12
6	Gendarmes	58	14	28
	Total	82	7	11

Q10: C'est un enfant particulièrement difficile

	Pourcentages	Inacceptable	Ne se prononce pas	Acceptable
1	Assistants Sociales	92	5	3
2	Médecins	90	4	6
3	Écouteurs	87	9	4
4	Psychologues	80	10	10
5	Enseignants	75	9	15
6	Gendarmes	51	23	26
	Total	80	9	10

Q14: L'enfant l'a provoqué

	Pourcentages	Inacceptable	Ne se prononce pas	Acceptable
1	Assistants Sociales	89	6	5
2	Écouteurs	89	2	9
3	Médecins	86	10	4
4	Enseignants	75	8	17
5	Psychologues	66	20	15
6	Gendarmes	60	26	14
	Total	79	11	10

Q16: le parent ne veut plus se laisser "marcher sur les pieds"

	Pourcentages	Inacceptable	Ne se prononce pas	Acceptable
1	Médecins	88	8	4
2	Écouteurs	85	4	11
3	Assistants Sociales	80	9	11
4	Enseignants	78	8	14
5	Psychologues	73	17	10
6	Gendarmes	65	14	21
	Total	79	10	12

Q17: L'enfant est violent

	Pourcentages	Inacceptable	Ne se prononce pas	Acceptable
1	Assistantes Sociales	84	13	3
2	Médecins	84	10	6
3	Écouteurs	80	9	11
4	Enseignants	77	12	11
5	Psychologues	71	17	12
6	Gendarmes	47	16	37
	Total	75	13	12

Ensemble de tableaux 8
Blâme de l'enfant

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 entre 75% et 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, 14% et 17% des répondants estiment cependant que chacune de ces raisons est acceptable, ou se déclarent sans avis sur le sujet, réponse particulièrement flagrante chez les gendarmes. Battre l'enfant par amour a ensuite rendu certains répondants aussi perplexes, avec le plus fort taux de sans-avis (14%) et tout de même 5% d'acceptation de cette justification. 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.

Parmi les catégories d'intervenants, 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. Les écouteurs, les médecins et les assistantes sociales sont ceux qui jugent le plus inacceptable ce type de justification de la violence, l'ordre entre les catégories étant ici assez étonnamment reconduit d'un item à l'autre, à peu de choses près. Il semble émerger de l'ensemble de ces résultats que si certaines catégories d'intervenants se distinguent par certains types de réponses à certaines questions, on ne distingue pas de profil net contrastant globalement 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, bien qu'ils jugent inacceptable la non-responsabilité du parent, même eux 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, et c'est ce qu'une analyse sur les sujets à l'aide d'une ACP et de nuées dynamiques devrait permettre de mettre en évidence, comme nous allons le voir.

2. Résultats de l'ACP et des nuées dynamiques sur le questionnaire de justification de la violence (hors échelle d'attribution, placée en supplémentaire)

Une première analyse en composantes principales (ACP standard), portant sur 44 variables actives (Questionnaire sur la justification de la violence) 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). 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 à la non-responsabilité du parent au reste des items (7.92% de variance). Cette configuration a conduit à placer en éléments supplémentaires 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 bi-dimensionnelle des données.

L'ACP retenue ici a donc porté sur 309 sujets avec 28 items actifs et 16 supplémentaires, issus du questionnaire sur la justification de la violence, auxquels ont été ajoutés les items de l'échelle de jugement sur les pratiques éducatives, portant à 37 le nombre d'items en 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. Dans cette analyse, le premier axe rend compte de 26.46% de la variance totale et contraste une certaine minimisation et tolérance de la violence à son contraire. 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 à la violence à son contraire, 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 graphique 1).

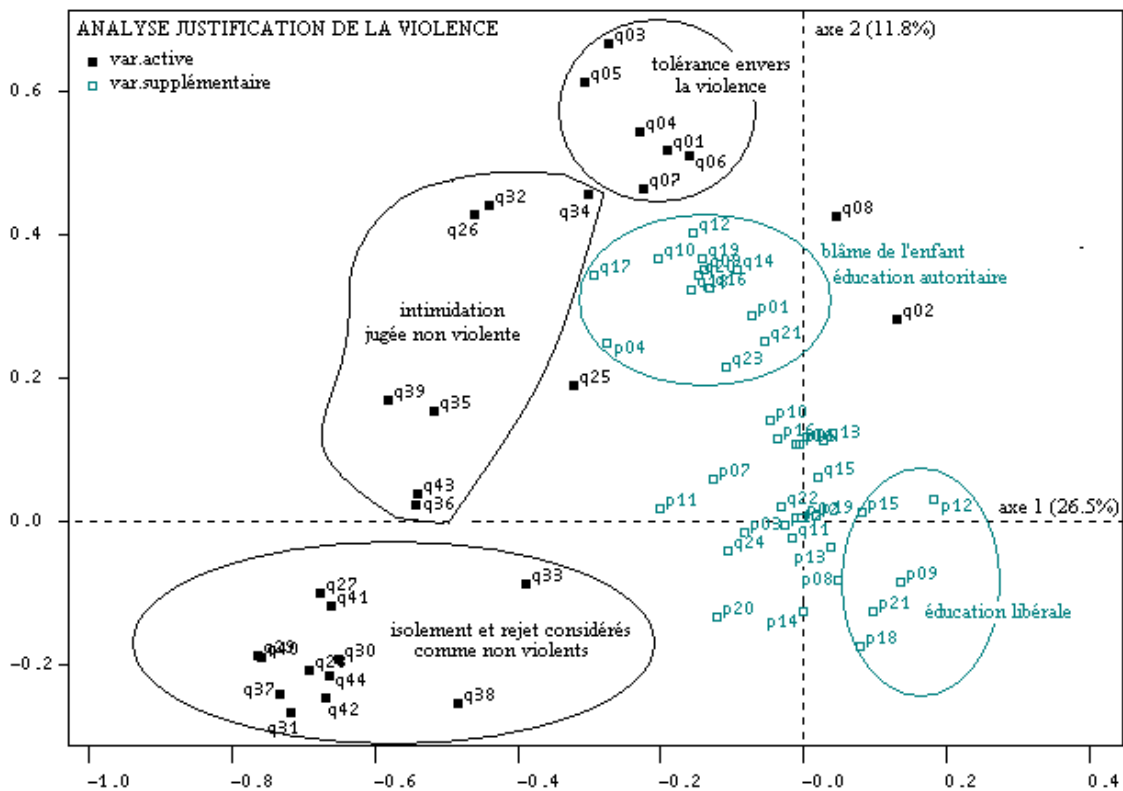


Figure 2 : graphique 1

Comme on le voit sur le graphique 1, les éléments supplémentaires 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 à la violence et de minimisation de la violence des gifles, tapes et corrections. Y est aussi associé 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).

L'interprétation conjointe de ces deux axes révèle une minimisation de la violence qu'elle soit physique ou psychique liée ou non une tolérance à cette violence dont l'enfant est rendu responsable. On remarquera que la tolérance à 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) associés donc 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.

2.1. Nuées dynamiques en 5 classes

La répartition des sujets 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. Celle-ci consiste à établir des regroupements de sujets sur la base de la proximité de leurs réponses aux items concernés, regroupements variant selon le nombre de classes demandées, seule contrainte fournie au logiciel de calcul. Lorsque l'on demande cinq classes sur la base des 28 items retenus dans l'ACP ci-dessus, soit l'échelle de tolérance à la violence et l'échelle de jugement sur la violence des comportements, on obtient les profils que montre le graphique 3.

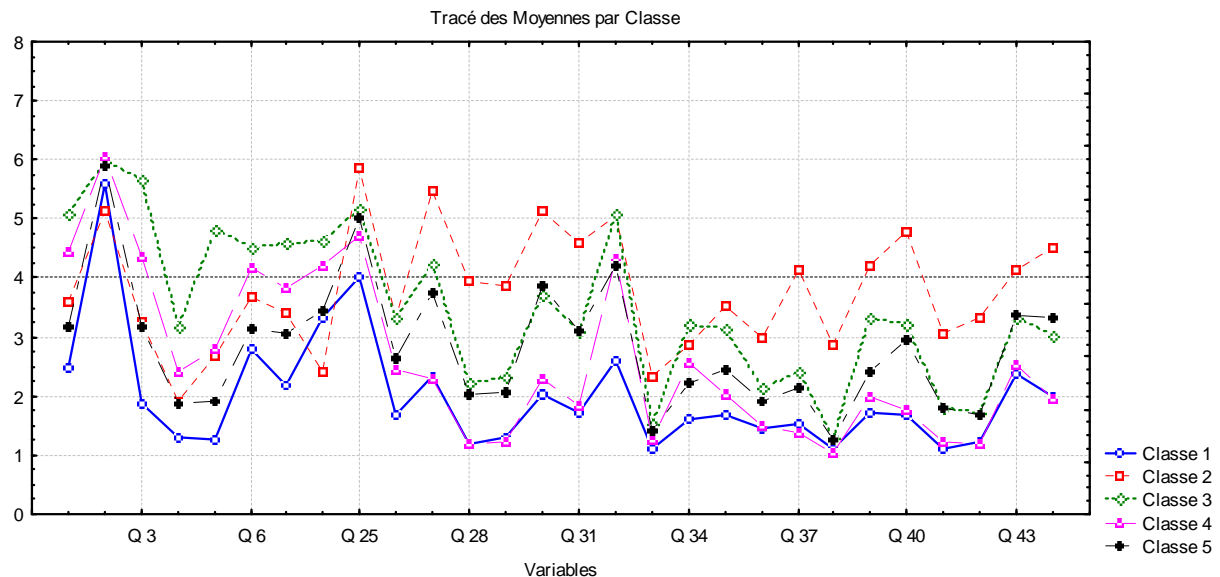


Figure 3 : graphique 2

Le graphique 2 fait émerger un profil (classe 2, en rouge) qui semble particulièrement minimiser les violences à l'enfant, avec des moyennes supérieures ou égales à 4, à des items tels que, l'interdiction systématique d'amener des amis à la

maison (Q27), empêcher l'enfant de parler aux voisins (Q30), critiquer tous ses amis (Q31), lui interdire toute activité en dehors de l'école (Q40), minimiser ses succès scolaires (Q44), et dans une moindre mesure rire de son apparence physique (Q28), lui donner un surnom négatif (Q29), le critiquer pour tout ce qu'il fait (Q37), le pincer (Q39) et lui donner des ordres en criant (Q43). Ce profil rassemble 15 personnes placées à gauche du quadrant inférieur gauche du graphique des sujets de l'ACP retenue (plan 1/2). Parmi elles, on compte 1 écoutant, 2 enseignants, 5 médecins, 6 gendarmes et 1 psychologue.

Un second profil se distingue (classe 3, en vert) avec des moyennes supérieures ou égales à 4 sur des items de tolérance de la violence tels que, "si on est sévère avec l'enfant, il nous remerciera plus tard" (Q1), "une fessée n'a jamais fait de mal à personne" (Q3), "il y a des enfants qui ont besoin d'une bonne correction de temps en temps" (Q5), "aujourd'hui, les enfants ne respectent plus leurs parents" (Q6), "les enfants mentent facilement" (Q7), "les enfants n'ont pas de limites" (Q8). Ce profil montre aussi une certaine minimisation de la violence des comportements d'isolement comme interdire à l'enfant d'amener des amis à la maison (Q27) ou l'empêcher de parler aux voisins (Q30). Ce profil rassemble 59 répondants, dont 8 assistantes sociales, 1 écoutant, 13 enseignants, 7 médecins, 25 gendarmes et 5 psychologues. Ils se rassemblent dans le quadrant supérieur gauche du graphique des sujets de l'ACP, sur le plan 1/2.

La classe 4 (en rose), quant à elle, est principalement caractérisée par une image plutôt négative de l'enfant avec des moyennes autour de 4 aux items de tolérance de la violence (Q1, Q3, Q6, Q7, Q8), sans minimisation de la violence des comportements par ailleurs. Elle compte 84 répondants dont 16 assistantes sociales, 10 écoutants, 31 enseignants, 10 médecins, 7 gendarmes et 9 psychologues. Ils sont rassemblés dans le quadrant supérieur droit de l'espace des sujets de l'ACP (plan 1/2).

La classe 1 (en bleu) rassemble les répondants qui n'ont ni image négative de l'enfant avec tolérance de la violence, ni minimisation de celle-ci dans leur jugement des comportements présentés. Ils rejoignent cependant les autres sujets pour s'accorder à dire que les enfants ont besoin d'autorité pour se sentir en sécurité (Q2) et que se mettre en colère après l'enfant n'est pas particulièrement violent (Q25). La classe 5 (en noir) s'en distingue par une plus grande minimisation de la violence des comportements d'isolement (Q27, Q30), ainsi que celle de donner une tape à l'enfant (Q32), de lui donner des ordres en criant (Q43) ou de minimiser ses succès scolaires (Q44). La classe 5 compte 85 répondants dont 25 assistantes sociales, 20 écoutants, 12 enseignants, 12 médecins, 4 gendarmes et 12 psychologues. Ils sont rassemblés dans la partie droite du quadrant inférieur gauche de l'espace des sujets de l'ACP (plan 1/2), débordant sur la partie adjacente du quadrant inférieur droit. Sur sa partie extrême, ce quadrant rassemble les 66 répondants de la classe 1 qui compte 15 assistantes sociales, 14 écoutants, 6 enseignants, 16 médecins, 1 gendarmes et 14 psychologues. Ils sont rassemblés dans le quadrant inférieur droit de l'espace des sujets de l'ACP (plan 1/2).

Les graphiques ci-dessous (figure 11) montrent la répartition des différentes catégories d'intervenants en fonction des classes dont on vient de décrire le profil de réponses.

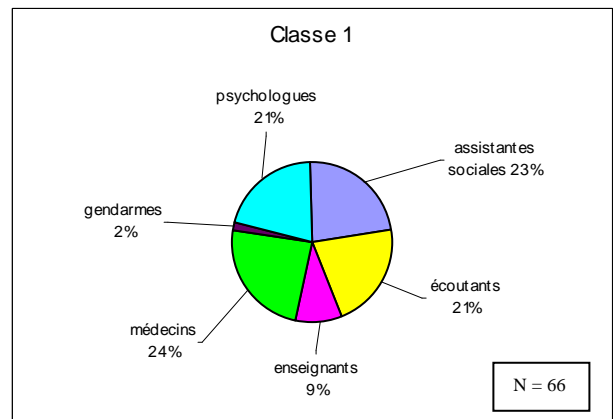
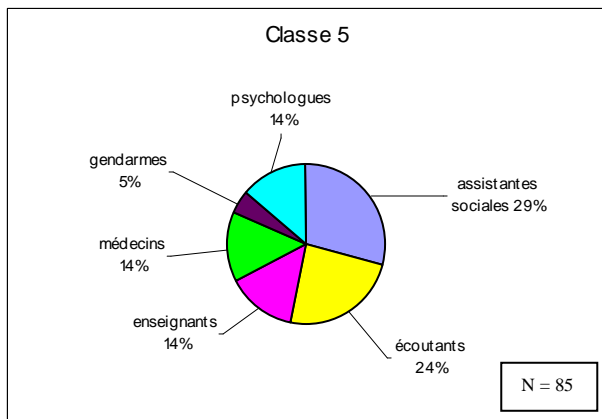
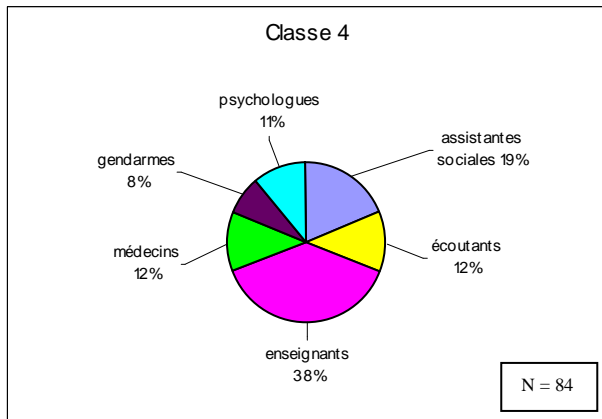
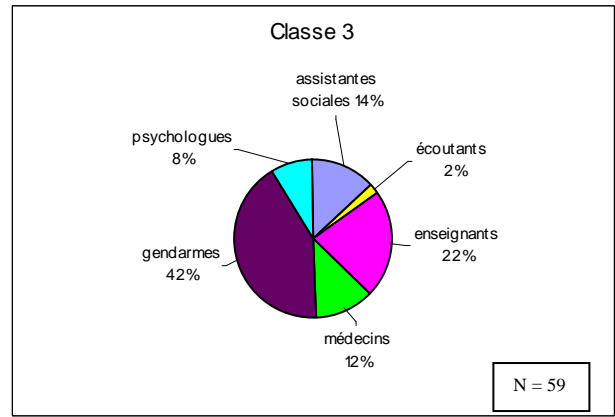
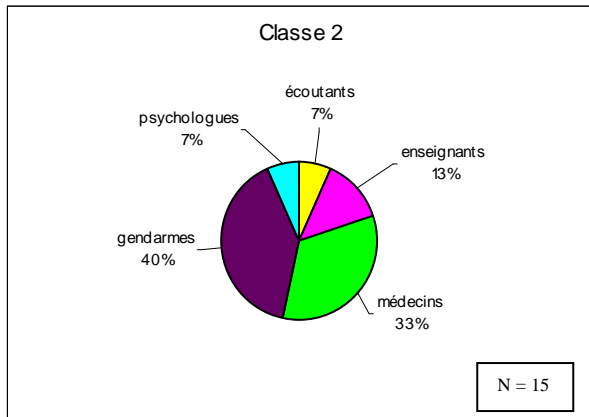


Figure 4
Les 5 classes

2.2. Nuées dynamiques en 3 classes

Lorsque l'on regroupe ces différents profils au moyen des nuées dynamiques, en demandant au logiciel non plus 5, mais 4 classes, on obtient une classe associant la classe 2 ci-dessus avec une partie de la classe 3, une deuxième classe associant le reste de la classe 3 avec la classe 4, les classes 1 et 5 restant pratiquement inchangées. Les résultats sont encore mieux résumés par une répartition en trois classes seulement, illustrée par le graphique ci-dessous présentant les moyennes de chaque classe.

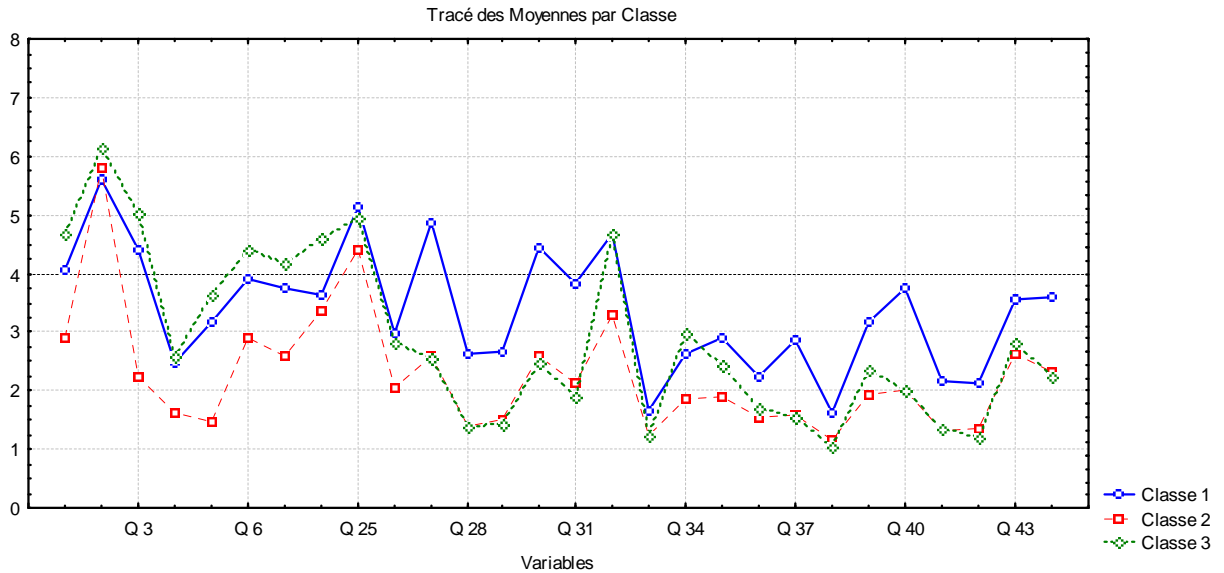


Figure 5 : graphique 3

La classe 1 du graphique 3 (en bleu) rassemble comme précédemment la classe 2 (sur 5), une partie de la classe 3 (sur 5), ainsi qu'une moitié des sujets de la classe 5 (sur 5). Comme nous le verrons sur le graphique 4 des sujets de l'ACP (plan 1/2), ces sujets se situent essentiellement à gauche de l'axe 1 et se caractérisent par une certaine tolérance de la violence faite aux enfants, une minimisation de celle-ci, en particulier en ce qui concerne l'isolement de l'enfant. Cette classe compte 89 répondants, dont 15 assistantes sociales, 12 écoutants, 15 enseignants, 13 médecins, 26 gendarmes et 8 psychologues.

La classe 3 (en vert) rassemble le reste de la classe 3 (sur 5) et la classe 4 (sur 5) et reste inchangée par rapport à la répartition intermédiaire en 4 classes, brièvement évoquée ci-dessus. Elle 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). Par contre, 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 assistantes sociales, 11 écoutants, 29 enseignants, 10 médecins, 14 gendarmes et 11 psychologues.

La classe 2 enfin (en rouge) rassemble le reste des répondants, soit 128 personnes. Elle est caractérisée par un profil global de non tolérance à la violence faite à l'enfant et de non-minimisation de celle-ci. Elle compte 32 assistantes sociales, 23 écoutants, 21 enseignants, 27 médecins, 3 gendarmes et 22 psychologues. Les graphiques ci-dessous (Figure 6) montrent la répartition des différentes catégories d'intervenants en fonction des classes que l'on vient de décrire..

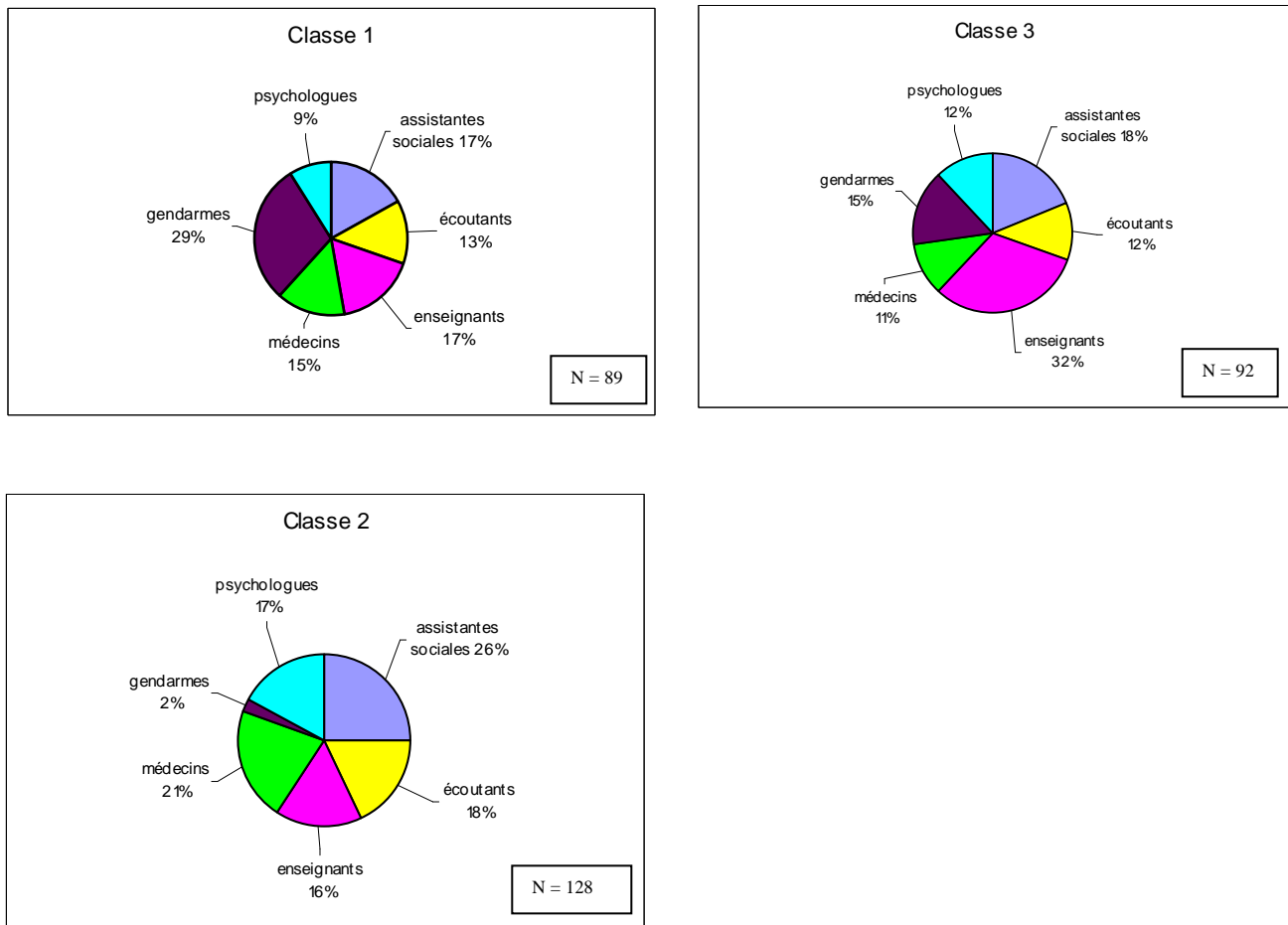


Figure 6
Les 3 classes

2.3. Projection des 3 classes dans le nuage des individus (ACP)

Le graphique 4 (ci-contre), 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 3 catégories, telles que décrites ci-dessus. Lorsque l'on rapporte ces catégories ainsi isolées aux variables supplémentaires présentes sur le graphique des variables de la même analyse (graphique 1), on peut en tirer quelques conclusions supplémentaires quant au profil de justification de la violence de certaines catégories et ses jugements sur 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 5 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.

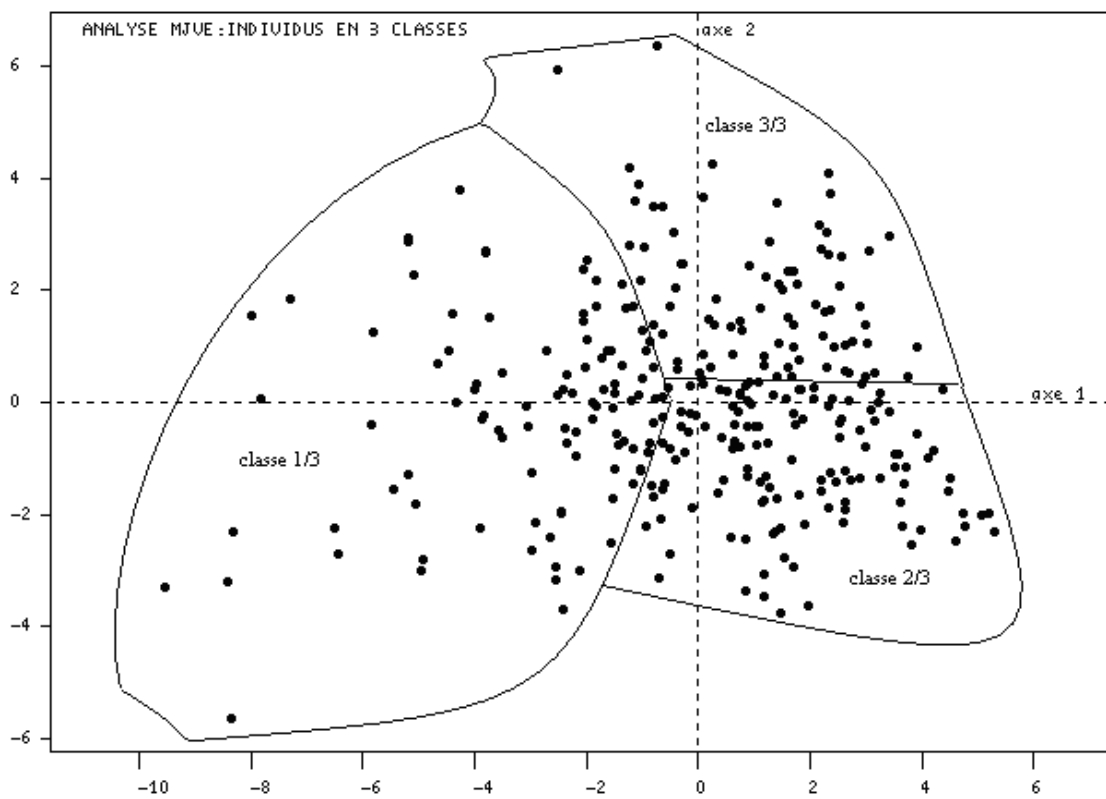


Figure 7 : graphique 4

2.4. Projection des différents groupes d'intervenants sur le plan 1/2

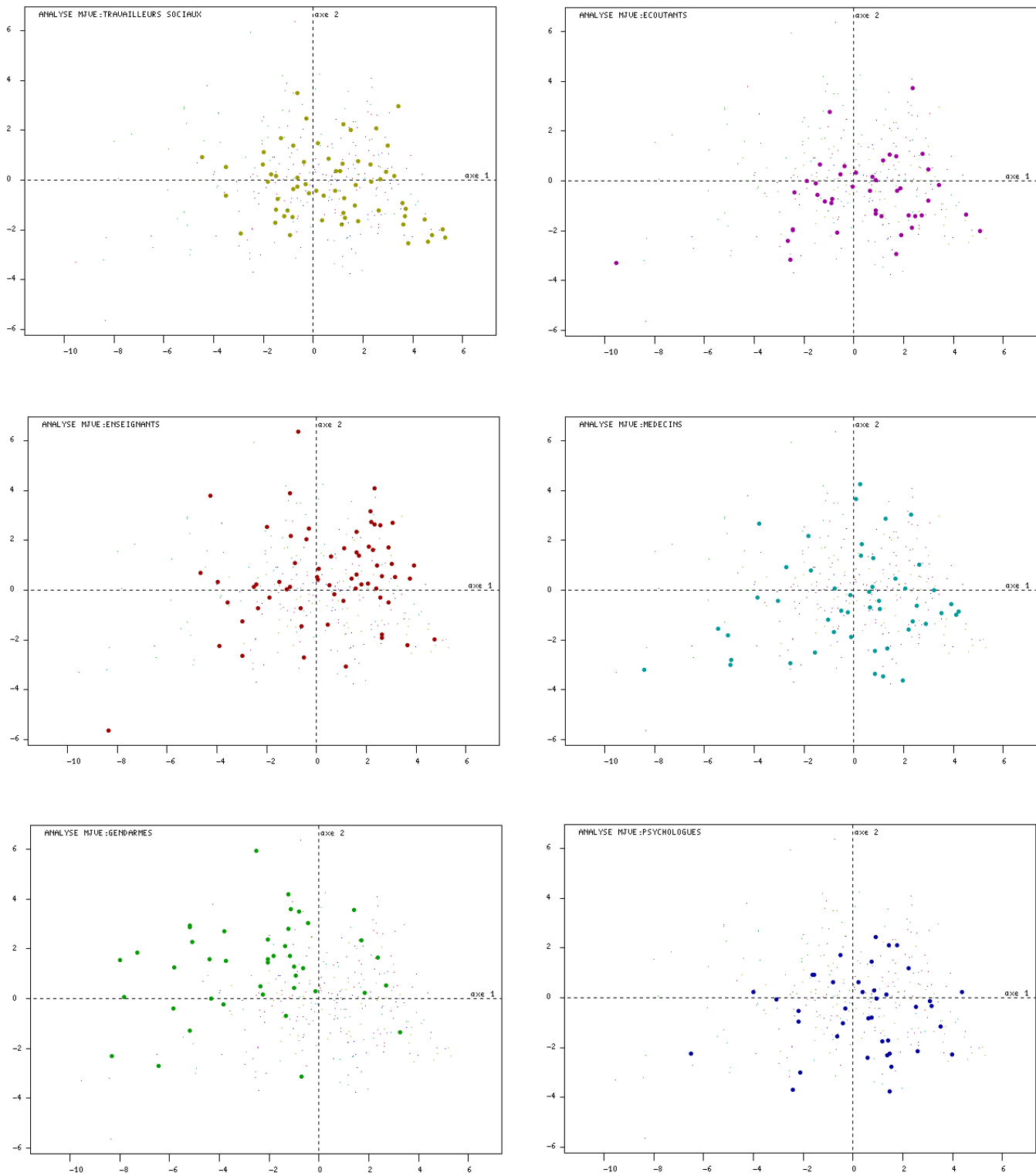


Figure 8
Répartition des 6 groupes d'intervenants

L'ensemble des graphiques de la Figure 15 montre la répartition des répondants de chaque groupe d'intervenants sur le plan 1/2 de l'ACP. On observe que les écoutants et les psychologues ont tendance à se rassembler dans le quadrant inférieur droit, caractérisé par un profil de non tolérance et de non minimisation de la violence faite à l'enfant. Les enseignants semblent plus nombreux dans le quadrant supérieur droit, caractérisé par une certaine tolérance de la violence avec une image plutôt négative de l'enfant, mais pas de minimisation de cette violence, par contre. Les gendarmes, quant à eux, se situent plutôt dans le quadrant supérieur gauche, caractérisé à la fois par une certaine tolérance et une minimisation de la violence faite à l'enfant. Le groupe des médecins ne montre pas de tendance nette, pas plus que celui des travailleurs sociaux.

En conclusion à 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 de la violence et sa minimisation.

Une dernière remarque concerne les items Q2 et Q25 dont les réponses vont ici massivement à contre-sens de ce qui est attendu par le questionnaire d'origine. Il pourrait s'agir de problèmes 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" (Q2) est censé être l'équivalent de "les enfants ont besoin d'une bonne poigne d'autorité pour se sentir en sécurité". Il serait bon de vérifier si cette dernière expression n'implique pas davantage le recours à la force et à une certaine forme de violence que l'équivalent qui lui a été trouvé, de même pour "se mettre en colère après l'enfant" (Q25) censé être l'équivalent de "faire des colères à l'enfant".

III. Échelle d'attribution de la violence (ACP spécifique)

On a vu précédemment que l'établissement de profils cohérents de classes d'individus dans le questionnaire sur la justification de la violence avait nécessité la mise en éléments supplémentaires de la sous-échelle d'attribution de la violence. En vue d'obtenir des résultats spécifiques à cette sous-échelle, une ACP a été effectuée sur les items Q9 à Q29 qui rassemblent d'une part des items blâmant l'enfant pour la violence subie, et de l'autre des items invoquant la non-responsabilité du parent. Le graphique 5 illustre la répartition des variables sur le plan 1/2, et montre l'opposition sur l'axe 2 (19,2% de variance) entre ces deux groupes d'énoncés avec le blâme de l'enfant dans la partie supérieure et la non responsabilité du parent dans la partie inférieure. L'axe 1 (44,7% de variance), quant à lui, est un axe de taille avec les réponses positives (tout à fait acceptable) à gauche, et négatives à droite (tout à fait inacceptables).

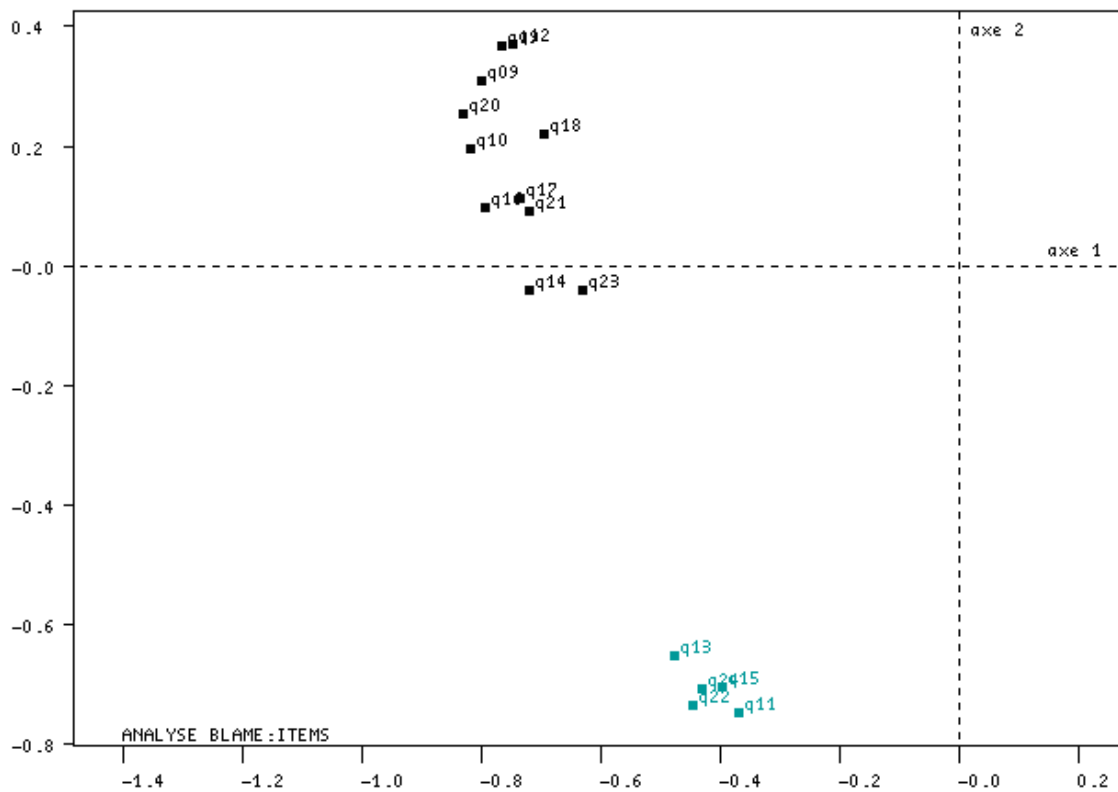


Figure 9 : Graphique 5
Questionnaire d'attribution – Espace des variables

L'ensemble des graphiques suivant (Figure 10) montre la répartition des répondants par groupe d'intervenants sur ce même plan 1/2 de l'analyse effectuée sur cette sous-échelle. On observe que dans la plupart des groupes (sauf les gendarmes), la majorité des sujets se situe à droite de l'axe, ce qui revient à dire qu'ils ne trouvent acceptable l'attribution de la violence ni au blâme de l'enfant, ni à la non responsabilité du parent. On peut remarquer cependant que certains travailleurs sociaux, certains écoutants, certains psychologues, ainsi que certains médecins, ont plutôt tendance à attribuer la violence à la non responsabilité du parent. Les enseignants sont nettement plus partagés, avec une bonne part d'entre eux qui attribuent la violence soit au blâme de l'enfant, soit à la non responsabilité du parent, soit aux deux. Les gendarmes enfin sont davantage caractérisés par une attribution nette de la violence au blâme de l'enfant, à l'exclusion quasi unanime de la non responsabilité du parent.

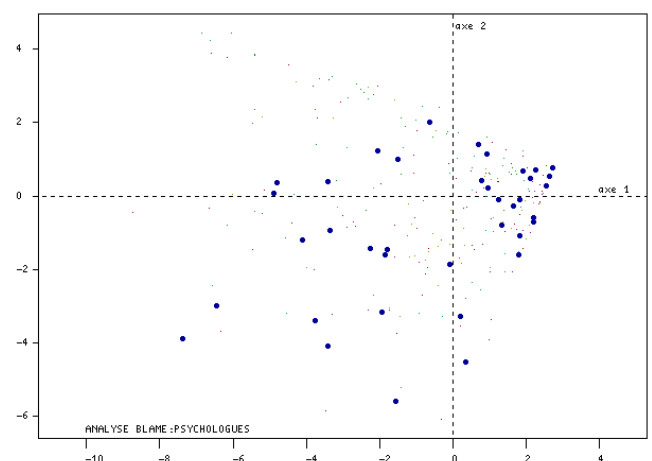
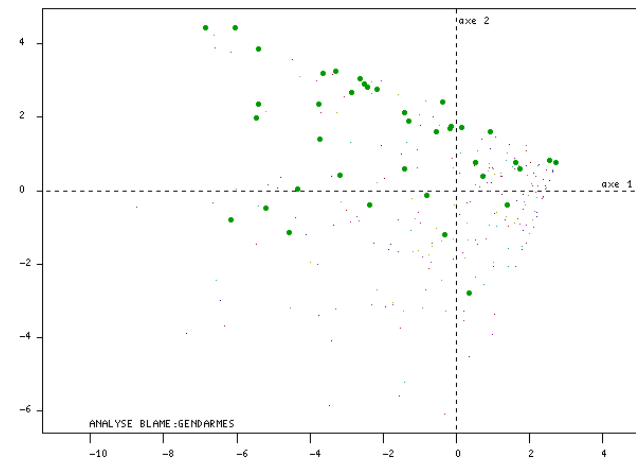
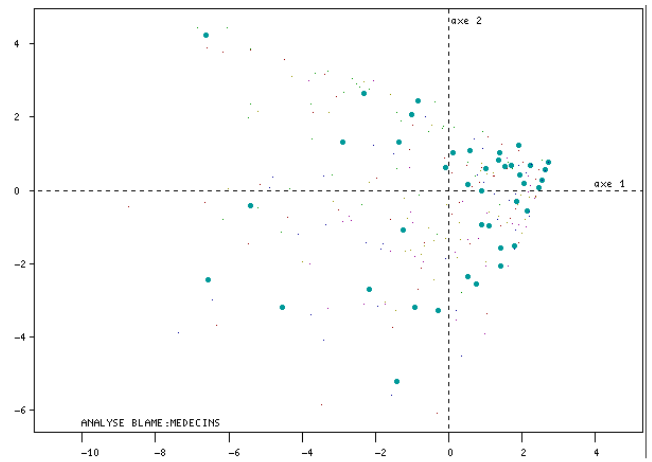
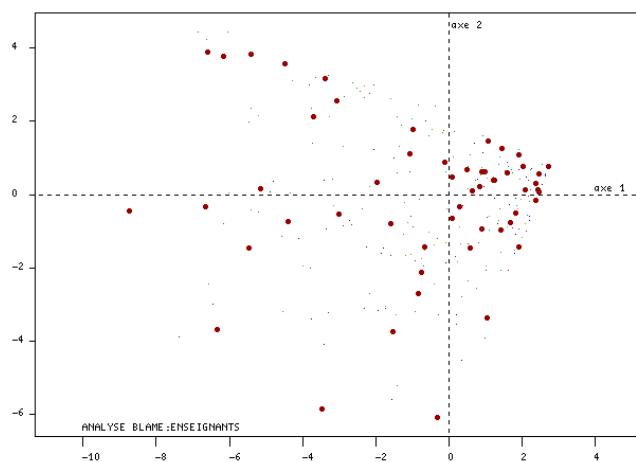
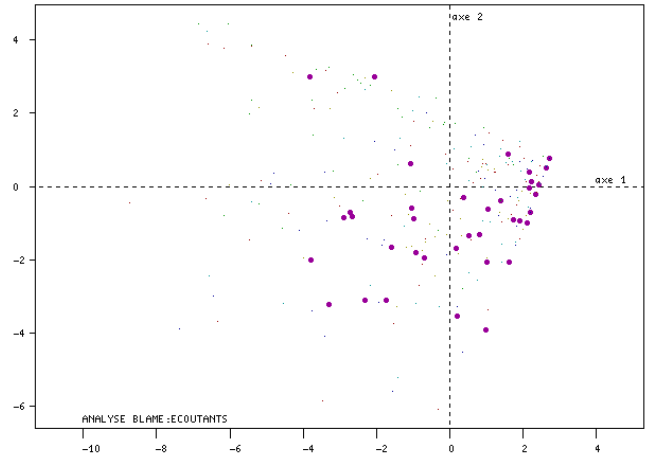
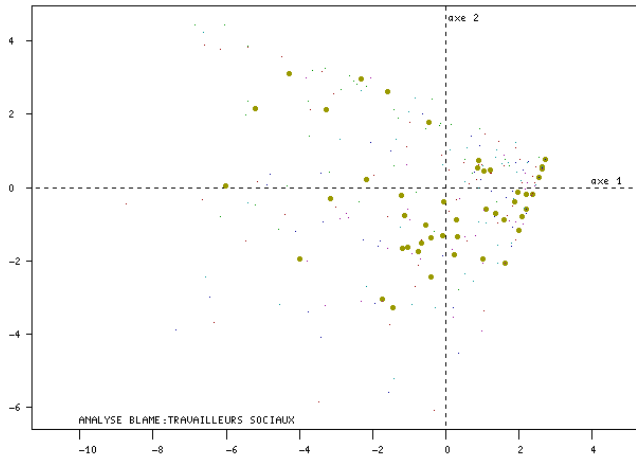


Figure 10
Répartition des 6 groupes d'intervenants

IV. Échelle de pratiques éducatives, description par catégories d'intervenants

Les tableaux de pourcentages ci-dessous regroupent en deux catégories les 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).

1. Pratiques éducatives de type autoritaire

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

	Pourcentages	En désaccord	En accord
1	Gendarmes	98	2
2	Médecins	98	2
3	Psychologues	98	2
4	Assistants Sociales	95	5
5	Enseignants	94	6
6	Écouteurs	93	7
	Total	96	4

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

	Pourcentages	En désaccord	En accord
1	Assistants Sociales	95	5
2	Médecins	90	10
3	Écouteurs	89	11
4	Enseignants	88	12
5	Psychologues	88	12
6	Gendarmes	88	12
	Total	90	10

P4 : Un enfant qui a de mauvais résultats scolaires mérite d'être puni par ses parents.

	Pourcentages	En désaccord	En accord
1	Psychologues	85	15
2	Écouteurs	83	17
3	Assistants Sociales	80	20
4	Enseignants	75	25
5	Médecins	74	26
6	Gendarmes	37	63
	Total	73	27

P10 : C'est aux parents de choisir les vêtements de l'enfant.

	Pourcentages	En désaccord	En accord
1	Psychologues	76	24
2	Gendarmes	67	33
3	Écouteurs	63	37
4	Assistants Sociales	63	38
5	Médecins	58	42
6	Enseignants	57	43
	Total	63	37

P19 : Un enfant ne doit pas regarder la télévision en l'absence de ses parents.

	Pourcentages	En désaccord	En accord
1	Gendarmes	74	26
2	Écouteurs	61	39
3	Psychologues	59	41
4	Enseignants	58	42
5	Assistants Sociales	52	48
6	Médecins	40	60
	Total	57	43

P1 : À la maison, ce qui est interdit par les parents ne doit pas être discuté par l'enfant.

	Pourcentages	En désaccord	En accord
1	Écouteurs	61	39
2	Psychologues	41	59
3	Médecins	34	66
4	Assistants Sociales	31	69
5	Enseignants	25	75
6	Gendarmes	16	84
	Total	34	66

P16 : Un enfant n'a pas à intervenir dans les discussions de ses parents.

	Pourcentages	En désaccord	En accord
1	Gendarmes	37	63
2	Écouteurs	35	65
3	Psychologues	34	66
4	Assistants Sociales	33	67
5	Médecins	32	68
6	Enseignants	29	71
	Total	33	67

Ensemble de tableaux 9
Pratiques éducatives autoritaires

Au sein de cette première série de pratiques éducatives dites "autoritaires", celles qui suscitent le plus grand nombre de manifestations de désaccord 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 (P7) et le fait d'imposer à l'enfant ses activités de loisir (P13). A contrario, les pratiques éducatives autoritaires suscitent l'accord des deux tiers des répondants concernant le fait que les interdictions ne doivent pas être discutées par l'enfant (P1) et le fait qu'un enfant ne doit pas intervenir dans les discussions de ses parents (P16). 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 item (P19: 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 (P 4), et plus d'un tiers que le choix des vêtements de l'enfant revient au parents (P10).

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 catégories d'intervenants. Ils sont aussi les plus nombreux à être en accord avec l'idée que les interdictions ne doivent pas être discutées par l'enfant (P1:84%). Par contre, ils sont les moins nombreux à estimer que l'enfant n'a pas à intervenir dans les discussions de ses parents (P16:63%) et sont les plus nombreux ou peu s'en faut en désaccord globalement avec les autres pratiques autoritaires (P7, P10, P19).

Les enseignants, les assistantes sociales 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.

2. Pratiques éducatives de type laxiste

P11: Un enfant doit pouvoir regarder toutes les émissions de télé qu'il souhaite.

	Pourcentages	En désaccord	En accord
1	Gendarmes	100	0
2	Psychologues	100	0
3	Assistants Sociales	100	0
4	Médecins	100	0
5	Enseignants	100	0
6	Écouteurs	98	2
	Total	100	0

P17: L'enfant doit avoir la liberté de manger à tout moment ce qu'il veut.

	Pourcentages	En désaccord	En accord
1	Psychologues	100	0
2	Assistants Sociales	100	0
3	Gendarmes	98	2
4	Médecins	98	2
5	Enseignants	97	3
6	Écouteurs	96	4
	Total	98	2

P8: Les parents n'ont pas besoin de savoir ce que les enfants font à l'école.

	Pourcentages	En désaccord	En accord
1	Gendarmes	100	0
2	Enseignants	98	2
3	Écouteurs	96	4
4	Psychologues	95	5
5	Assistants Sociales	95	5
6	Médecins	90	10
	Total	96	4

P14: Un enfant n'a pas à rendre de compte à ses parents.

	Pourcentages	En désaccord	En accord
1	Gendarmes	98	2
2	Enseignants	98	2
3	Assistants Sociales	97	3
4	Psychologues	95	5
5	Écouteurs	93	7
6	Médecins	92	8
	Total	96	4

P20: Un enfant sait toujours ce qui est bien pour lui.

	Pourcentages	En désaccord	En accord
1	Médecins	98	2
2	Assistants Sociales	95	5
3	Enseignants	95	5
4	Psychologues	93	7
5	Écouteurs	91	9
6	Gendarmes	88	12
	Total	94	6

P2: *Un enfant doit pouvoir sortir de table à tout moment avant la fin du repas.*

	Pourcentages	En désaccord	En accord
1	Écouteurs	93	7
2	Gendarmes	91	9
3	Assistants Sociales	89	11
4	Enseignants	89	11
5	Psychologues	85	15
6	Médecins	78	22
	Total	88	12

P5: *L'enfant doit pouvoir passer autant de temps qu'il le souhaite à jouer à ses jeux.*

	Pourcentages	En désaccord	En accord
1	Psychologues	88	12
2	Médecins	86	14
3	Écouteurs	85	15
4	Assistants Sociales	84	16
5	Gendarmes	79	21
6	Enseignants	75	25
	Total	83	17

Ensemble de tableaux 10
Pratiques éducatives laxistes

Ce qui surprend au niveau des résultats concernant les pratiques éducatives de type laxiste, 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 sont en accord avec ces pratiques, reconnues comme néfastes à l'enfant, signes de démission des parents et d'un certain rejet de l'enfant.

Ainsi, entre 2% et 4% des intervenants estiment que l'enfant doit avoir la liberté de manger à tout moment ce qu'il veut (P17). 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 (P8), les médecins s'illustrant avec les 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 compte à rendre à ses parents (P14), sachant que dans toutes les catégories, il se trouve au moins une personne pour être d'accord avec cet énoncé.

6% des intervenants pensent qu'un enfant sait toujours ce qui est bien pour lui (P20), ce chiffre montant jusqu'à 9% et 12% en ce qui concerne les écouteurs 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 (P2) et le temps passé à jouer recueillent encore davantage d'assentiment (P5), 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. 17% des intervenants semblent donc valoriser la notion d'enfant roi, dont la liberté de jouer ne doit pas être entravée par une quelconque contrainte.

3. Pratiques éducatives de type libéral

P15: Il faut encourager la prise de responsabilités de l'enfant dans les tâches ménagères.

	Pourcentages	En désaccord	En accord
1	Psychologues	0	100
2	Assistantes Sociales	0	100
3	Médecins	2	98
4	Gendarmes	5	95
5	Enseignants	5	95
6	Écouteurs	7	93
	Total	3	97

P9: Le dialogue, plus que la punition, permet de résoudre les difficultés rencontrées par l'enfant.

	Pourcentages	En désaccord	En accord
1	Assistantes Sociales	0	100
2	Enseignants	3	97
3	Gendarmes	5	95
4	Médecins	6	94
5	Écouteurs	7	93
6	Psychologues	7	93
	Total	4	96

P3: Les parents doivent pouvoir laisser l'enfant choisir ses activités de loisir.

	Pourcentages	En désaccord	En accord
1	Assistantes Sociales	2	98
2	Enseignants	3	97
3	Écouteurs	4	96
4	Psychologues	5	95
5	Gendarmes	7	93
6	Médecins	8	92
	Total	5	95

P12: L'achat des fournitures scolaires doit pouvoir faire l'objet d'une concertation entre l'enfant et ses parents.

	Pourcentages	En désaccord	En accord
1	Médecins	6	94
2	Assistantes Sociales	16	84
3	Psychologues	17	83
4	Enseignants	26	74
5	Gendarmes	28	72
6	Écouteurs	35	65
	Total	21	79

P18: Les parents ne doivent pas prendre de décisions concernant l'enfant sans en parler d'abord avec lui.

	Pourcentages	En désaccord	En accord
1	Assistantes Sociales	30	70
2	Médecins	30	70
3	Enseignants	35	65
4	Psychologues	37	63
5	Gendarmes	37	63
6	Écouteurs	46	54
	Total	35	65

P21: *L'enfant doit pouvoir disposer librement de l'argent de poche que ses parents lui donnent.*

	Pourcentages	En désaccord	En accord
1	Psychologues	29	71
2	Assistants Sociales	33	67
3	Enseignants	34	66
4	Médecins	38	62
5	Écouteurs	41	59
6	Gendarmes	63	37
	Total	39	61

P6: *Il faut parfois savoir laisser la maison à l'enfant pour une petite fête entre copains.*

	Pourcentages	En désaccord	En accord
1	Gendarmes	30	70
2	Médecins	42	58
3	Enseignants	57	43
4	Écouteurs	61	39
5	Psychologues	66	34
6	Assistants Sociales	67	33
	Total	55	45

Ensemble de tableaux 11
Pratiques éducatives libérales

Une écrasante majorité des intervenants est en accord avec le fait d'encourager la prise de responsabilité de l'enfant dans les tâches ménagères (P15), d'encourager le dialogue plutôt que le recours à la punition en cas de difficultés (P9), et avec le choix laissé à l'enfant de ses activités de loisir (P3). 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 (P12), sur les décisions concernant l'enfant (P18) et sur l'argent de poche (P21), atteignant de 21% à 39%. Sur ces items, gendarmes et écouteurs, sont parmi les plus nombreux à être en désaccord avec ces 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 concerne l'usage de son argent. Les assistantes sociales a contrario constituent la catégorie la plus globalement en accord avec ce type de pratiques éducatives.

L'item 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 assistantes sociales sont contre. On peut s'interroger sur la correspondance de cet item avec une éducation libérale, plutôt que laxiste. L'item 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 item par rapport aux autres de cette sous-échelle.

La répartition des répondants par catégories sur les différents styles d'éducation pourrait laisser penser que ceux qui favorisent des pratiques autoritaires, ne sont pas en faveur de pratiques libérales et encore moins laxistes, et vice versa. L'examen de la matrice de corrélations devrait permettre d'avoir une idée de ce type d'organisation des données au niveau des variables, bien que l'utilisation des nuées dynamiques ou les

résultats de l'ACP n'aient pas fourni de résultats globalement parlants, comme on l'a indiqué plus haut, ce qui n'est guère encourageant.

L'examen de la matrice de corrélations des items composant l'échelle de jugement des pratiques éducatives ne révèle que deux corrélations supérieures à .30. Ainsi, l'item P10 corrèle positivement avec P13 ($r=.33$), soit le choix des vêtements de l'enfant et de ses loisirs incombant aux seuls parents. Par ailleurs, P13 est en corrélation assez fortement négative avec P3 ($r= -.46$), mais comme ces items portent tous deux spécifiquement sur le choix des activités de loisir, on ne peut que s'étonner qu'ils ne soient pas en corrélation négative encore plus forte. Cet exemple, ainsi que l'absence de corrélations nettes entre les autres items, tendrait à prouver que la répartition des réponses sur les six degrés de l'échelle n'est guère cohérente, puisque même les items d'une même catégorie de pratiques éducatives ne corrélaient pas positivement entre eux, et pas davantage négativement avec des pratiques jugées a priori antagonistes. Un dichotomisation des résultats, telle qu'elle a été réalisée dans les tableaux ci-dessus devrait permettre d'examiner si de tels résultats sont liés à une incohérence globale des réponses, ou seulement à un trop grand nombre de degrés dans l'échelle présentée. Après dichotomisation, la matrice de corrélations s'avère présenter des résultats encore plus faibles que précédemment, qui obligent à conclure à l'absence d'organisation claire des réponses à ce questionnaire.

V. Questionnaire concernant les comportements parentaux valorisés

L'étude de ce questionnaire est abordée par la description par catégories d'intervenants suivie d'une analyse multidimensionnelle (ACP).

1. Description par catégories d'intervenants

Les comportements suivants ont été répartis par les répondants par ordre d'importance, du plus important qu'ils ont classé en premier (1) au moins important classé cinquième (5).

2b. Être à son écoute (Com)

	Pourcentages	Le plus important 1	2	3	4	Le moins important 5
1	Assistantes Sociales	66	31	3	0	0
2	Enseignants	60	34	3	2	2
3	Gendarmes	51	44	5	0	0
4	Écouteurs	58	33	9	0	0
5	Psychologues	48	43	5	5	0
6	Médecins	69	14	16	0	0
	Total	60	33	7	1	0

2e. Être affectueux avec lui (Aff)

	Pourcentages	Le plus important 1	2	3	4	Le moins important 5
1	Psychologues	43	38	10	10	0
2	Écouteurs	33	56	7	5	0
3	Assistantes Sociales	28	56	13	2	2
4	Médecins	24	57	10	6	2
5	Gendarmes	35	42	16	5	2
6	Enseignants	31	34	26	8	2
	Total	32	47	14	6	1

2d. L'aider à prendre de bonnes décisions (Cog)

	Pourcentages	Le plus important 1	2	3	4	Le moins important 5
1	Gendarmes	14	12	42	21	12
2	Enseignants	3	20	28	43	6
3	Médecins	4	10	39	39	8
4	Assistants Sociales	5	11	27	45	13
5	Écouteurs	0	9	35	42	14
6	Psychologues	0	5	23	45	28
	Total	4	12	32	40	13

2a. L'inciter à aller vers les autres (Soc)

	Pourcentages	Le plus important 1	2	3	4	Le moins important 5
1	Enseignants	5	8	38	35	14
2	Écouteurs	7	0	37	44	12
3	Psychologues	0	10	45	28	18
4	Médecins	0	10	31	47	12
5	Assistants Sociales	0	0	48	45	6
6	Gendarmes	0	2	26	51	21
	Total	2	5	38	42	13

2c. Avoir des aspirations pour lui (Dev)

	Pourcentages	Le plus important 1	2	3	4	Le moins important 5
1	Psychologues	10	5	18	13	55
2	Écouteurs	2	2	12	9	74
3	Médecins	2	6	4	8	80
4	Enseignants	2	3	6	12	77
5	Assistants Sociales	2	2	9	8	80
6	Gendarmes	0	0	12	23	65
	Total	3	3	10	12	73

3c. Essayer de le rendre heureux (Aff)

	Pourcentages	Le plus important 1	2	3	4	Le moins important 5
1	Gendarmes	56	21	12	9	2
2	Médecins	59	14	6	8	12
3	Enseignants	51	15	15	11	8
4	Assistants Sociales	44	20	17	5	14
5	Écouteurs	47	12	16	14	12
6	Psychologues	43	10	13	18	18
	Total	50	16	13	10	11

3e. L'inviter à s'exprimer (Com)

	Pourcentages	Le plus important 1	2	3	4	Le moins important 5
1	Psychologues	30	38	13	15	5
2	Assistants Sociales	23	33	17	16	11
3	Écouteurs	21	33	16	16	14
4	Enseignants	17	23	26	17	17
5	Médecins	16	20	24	29	10
6	Gendarmes	7	16	21	35	21
	Total	19	27	20	21	13

3d. Lui apprendre à respecter autrui (Soc)

	Pourcentages	Le plus important 1	2	3	4	Le moins important 5
1	Gendarmes	33	37	16	9	5
2	Enseignants	14	20	26	29	11
3	Écouteurs	12	26	28	23	12
4	Psychologues	10	23	18	28	23
5	Médecins	6	20	39	20	14
6	Assistantes Sociales	3	20	22	33	22
	Total	12	24	25	25	14

3b. Chercher à le rendre indépendant (Cog)

	Pourcentages	Le plus important 1	2	3	4	Le moins important 5
1	Médecins	10	33	12	14	31
2	Écouteurs	21	14	21	21	23
3	Assistantes Sociales	20	9	23	25	22
4	Enseignants	12	23	23	25	17
5	Psychologues	10	8	28	30	25
6	Gendarmes	2	0	16	16	65
	Total	13	15	21	22	29

3a. L'aider à réaliser ses projets (Dev)

	Pourcentages	Le plus important 1	2	3	4	Le moins important 5
1	Psychologues	8	23	30	10	30
2	Gendarmes	2	26	35	30	7
3	Assistantes Sociales	9	16	20	23	31
4	Enseignants	6	20	9	18	46
5	Médecins	6	14	18	29	33
6	Écouteurs	0	16	19	26	40
	Total	6	19	21	23	32

4a. Lui apporter un climat de sécurité (Aff)

	Pourcentages	Le plus important 1	2	3	4	Le moins important 5
1	Écouteurs	70	21	9	0	0
2	Psychologues	65	10	13	5	8
3	Assistantes Sociales	56	22	17	2	3
4	Enseignants	45	31	9	8	8
5	Médecins	41	22	20	6	10
6	Gendarmes	28	21	14	21	16
	Total	50	22	14	7	7

4c. L'aider à grandir (Dev)

	Pourcentages	Le plus important 1	2	3	4	Le moins important 5
1	Enseignants	40	20	18	6	15
2	Médecins	39	22	8	10	20
3	Assistantes Sociales	33	36	14	8	9
4	Gendarmes	33	23	16	16	12
5	Écouteurs	16	47	12	12	14
6	Psychologues	13	25	33	3	28
	Total	30	29	16	9	16

4d. Se donner l'occasion de parler ensemble (Com)

	Pourcentages	Le plus important 1	2	3	4	Le moins important 5
1	Gendarmes	30	19	28	14	9
2	Psychologues	18	35	15	28	5
3	Enseignants	12	28	23	29	8
4	Médecins	10	33	24	20	12
5	Assistants Sociales	8	22	34	25	11
6	Écouteurs	12	14	37	19	19
	Total	14	25	27	23	11

4b. Développer ses centres d'intérêt (Cog)

	Pourcentages	Le plus important 1	2	3	4	Le moins important 5
1	Médecins	10	18	20	35	16
2	Psychologues	3	20	25	28	25
3	Gendarmes	5	12	28	30	26
4	Assistants Sociales	2	14	22	31	31
5	Enseignants	3	9	26	28	34
6	Écouteurs	0	12	16	37	35
	Total	4	14	23	31	28

4e. L'inciter à tenir compte des autres (Soc)

	Pourcentages	Le plus important 1	2	3	4	Le moins important 5
1	Gendarmes	5	28	14	16	37
2	Psychologues	3	13	15	35	35
3	Enseignants	0	12	23	29	35
4	Écouteurs	2	7	26	33	33
5	Assistants Sociales	2	6	13	33	47
6	Médecins	0	4	27	29	41
	Total	2	11	19	29	38

Ensemble de tableaux 12
Comportements parentaux valorisés

Dans la première série de comportements parentaux valorisés, les répondants ont globalement privilégié le fait d'être à l'écoute de l'enfant (2b) suivi du fait d'être affectueux avec lui (2e). Ensuite, par ordre décroissant d'importance, on trouve le fait de l'aider à prendre de bonnes décisions (2d), de l'inciter à aller vers les autres (2a) et enfin d'avoir des aspirations pour lui (2c).

Dans la seconde série, ils ont privilégié le fait d'essayer de rendre l'enfant heureux (3c), suivi du fait de l'inviter à s'exprimer (3e). Sont valorisés dans une moindre mesure le fait de lui apprendre à respecter autrui (3d), de chercher à le rendre indépendant (3b) et enfin de l'aider à réaliser ses projets (3a).

Dans la troisième série enfin, ils ont privilégié le fait d'apporter à l'enfant un climat de sécurité (4a), suivi de l'aider à grandir (4c). Interviennent ensuite le fait de se donner l'occasion de parler ensemble (4d), de développer les centres d'intérêt de l'enfant (4b) et enfin de l'inciter à tenir compte des autres (4e).

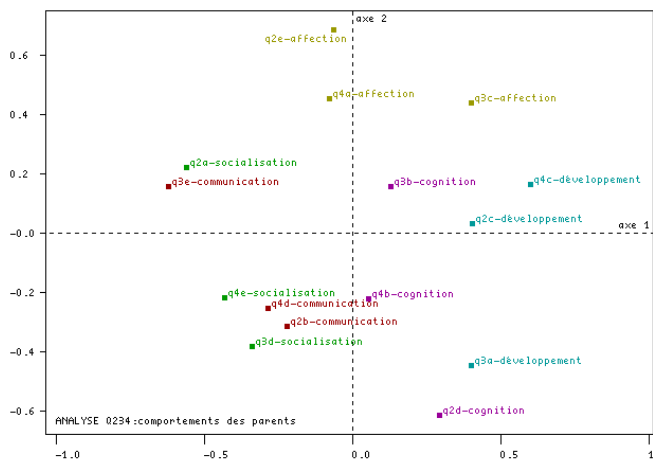
Globalement, ce sont les comportements parentaux favorisant l'affection et la communication qui sont privilégiés par l'ensemble des répondants.

2. Résultats de l'ACP (questionnaire des comportements parentaux valorisés)

Lorsque l'on se livre à une analyse multidimensionnelle des résultats à cette échelle (ACP standard), on s'aperçoit que l'axe 1 (14% de variance expliquée) contraste 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 (graphique 6).

Lorsque l'on projette sur le graphique des individus, les catégories de sujets issues du classement obtenu par analyse du questionnaire de justification de la violence (nuées dynamiques rapportées dans l'ACP, voir graphiques ci-dessous), on observe que ce sont les répondants de la classe 2/3, 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. Ceux de la classe 3/3, 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, l'inviter 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.

Les répondants appartenant à la classe 1/3, c'est à dire ceux qui ont tendance à tolérer la violence faite à l'enfant et à la minimiser, 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'intérêts et à prendre de bonnes décisions. Bien qu'une partie des sujets de cette classe favorise aussi l'aspect affection, 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.



Graphique 6

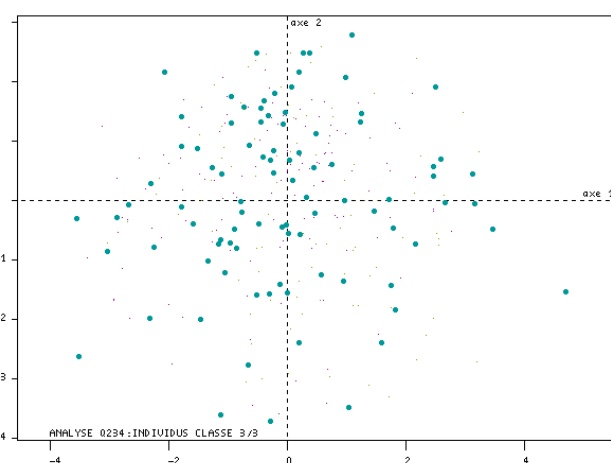
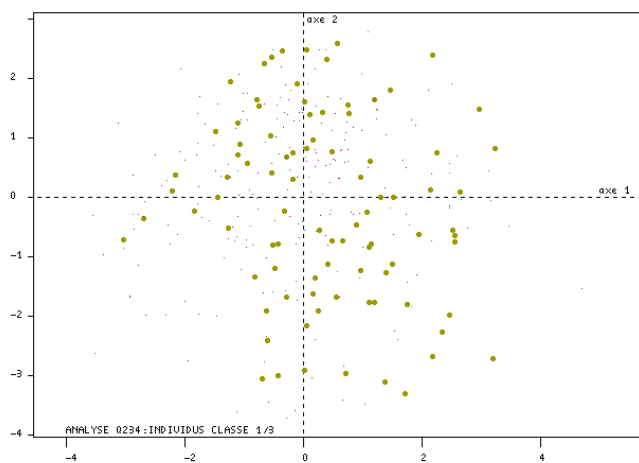
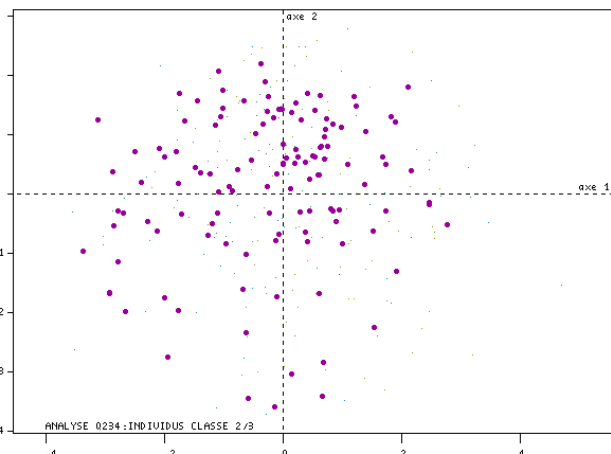


Figure 11
ACP Comportements parentaux valorisés (variables, 3 classes)

Projection des différents groupes d'intervenants sur le plan 1/2 (Figure)

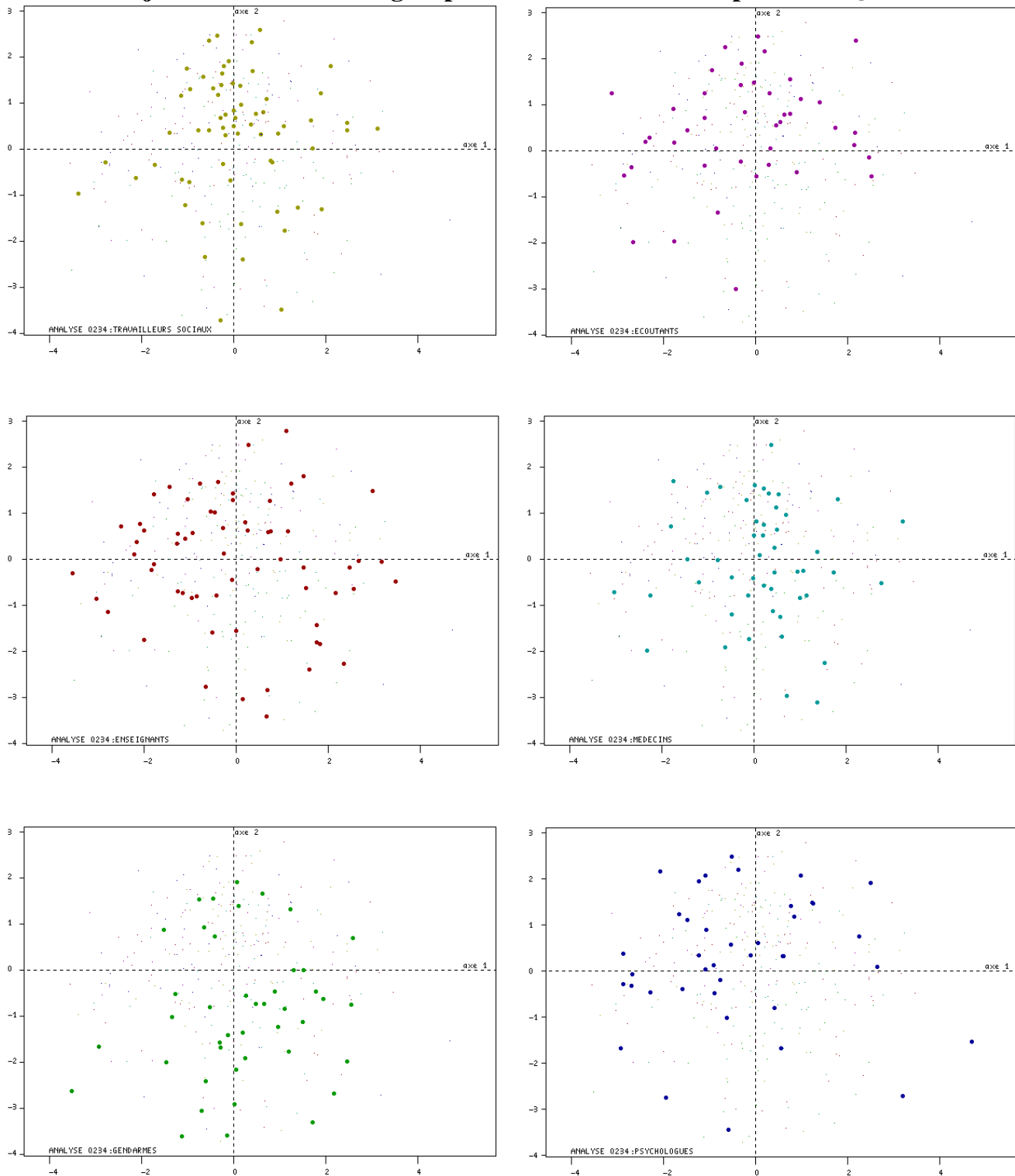


Figure 12
Répartition des 6 groupes d'intervenants

Les graphiques ci-contre illustrent, quant à eux, la répartition des répondants par catégorie d'intervenants. On peut observer que les travailleurs sociaux, les écoutants et les psychologues ont tendance à se regrouper dans la partie supérieure du graphique, c'est-à-dire qu'ils privilégient l'affection dans les comportements éducatifs, ainsi que le lien à autrui. Les enseignants et les médecins sont moins fortement concentrés, avec une partie d'entre eux valorisant davantage les aspects cognitifs, développementaux et de socialisation présents sur la partie inférieure du graphique. 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.

VI. Questionnaire sur les traits de caractère

L'étude de ce questionnaire est abordée par la description par catégories d'intervenants suivie d'une analyse multidimensionnelle (ACM).

1. Description par catégories d'intervenants

Ce questionnaire présente une liste de 24 adjectifs de traits de caractère correspondant à 3 catégories liées à l'adaptation, l'expression et la sociabilité. Les répondants ont choisi 6 de ces adjectifs qu'ils ont classés selon le degré d'importance qu'ils accordent à ce trait de caractère chez un enfant. Dans le tableau ci-dessous, les six adjectifs les plus souvent retenus par chaque catégorie d'intervenants sont présentés, accompagnés de leur rang moyen entre parenthèses. Ces rangs moyens vont théoriquement de 6, à savoir systématiquement choisi en premier, à 1 systématiquement choisi en dernier, par la catégorie d'intervenants concernée. À côté de ce rang moyen figure une lettre correspondant à la catégorie à laquelle appartient l'adjectif : A = Adaptation, E = Expression et S = Sociabilité.

Assistants Sociales	<i>Équilibré</i> S (5.1)	Autonome E (3.9)	<i>Gai</i> S (3.8)	Gentil S (3.8)	Sûr de soi E (3.7)	Confiant S (3.7)
Écoutants	<i>Équilibré</i> S (4.7)	Confiant S (4.4)	<i>Gai</i> S (4.1)	Soigneux A (4.0)	Sage A (4.0)	Bon S (3.7)
Enseignants	Soigneux A (6.0)	<i>Équilibré</i> S (4.9)	Bon S (4.0)	Intelligent E (3.8)	Confiant S (3.8)	<i>Gai</i> S (3.7)
Médecins	<i>Équilibré</i> S (5.0)	Raisonnable A (4.7)	<i>Gai</i> S (4.1)	Intelligent E (4.0)	Honnête A (3.8)	Responsable A (3.8)
Gendarmes	Honnête A (4.5)	<i>Équilibré</i> S (4.4)	<i>Gai</i> S (4.2)	Respectueux A (3.9)	Sûr de soi E (3.7)	Discipliné A (3.7)
Psychologues	Bon S (5.3)	Sûr de soi E (4.6)	<i>Équilibré</i> S (4.5)	Travailleur E (4.0)	Sage A (4.0)	Raisonnable A (4.0)

Tableau 13

Traits de caractère privilégiés

Le tableau ci-dessus fait apparaître que parmi les adjectifs les plus souvent choisis, et classés plutôt dans les trois premiers figurent « *équilibré* » et « *gai* ». Toutes les catégories d'intervenants choisissent « *équilibré* » comme trait de caractère important pour eux chez un enfant, tandis que « *gai* » est retenu par tous sauf les psychologues. On peut encore remarquer le rang moyen de « soigneux » chez les enseignants, qui avec un score de 6 signifie que tous les enseignants sans exception ont choisi cet adjectif en priorité.

Globalement, les intervenants ont tendance à privilégier les adjectifs relevant de la catégorie « sociabilité » (présents à 18 reprises), par rapport à la catégorie « adaptation » (11 reprises) et « expression » (7 reprises). Dans la catégorie « sociabilité », sur 8 adjectifs possibles, sont cités en priorité « *équilibré* » (6 fois), « *gai* » (5 fois), « *confiant* » (3 fois), « *bon* » (3 fois), « *gentil* » (1 fois). Dans la catégorie

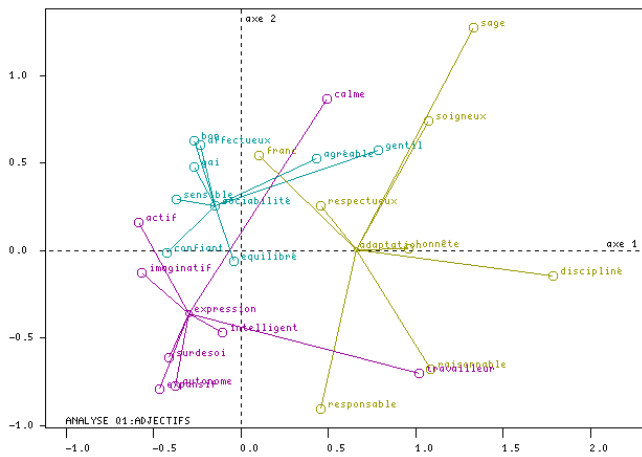
« adaptation », sur 8 adjectifs possibles, on trouve « *soigneux* » (2 fois), « *sage* » (2 fois), « *raisonnable* » (2 fois), « *honnête* » (2 fois), « *responsable* » (1 fois), « *respectueux* » (1 fois) et « *discipliné* » (1 fois). « *Franc* » est le seul adjectif de cette catégorie à ne pas apparaître dans les 6 premiers, sachant toutefois qu'il figure au 7^e rang moyen chez les gendarmes. Enfin, dans la catégorie « expression », sur 8 adjectifs possibles, on rencontre en priorité « *sûr de soi* » (3 fois), « *intelligent* » (2 fois), « *travailleur* » (1 fois) et « *autonome* » (1 fois).

Les assistantes sociales, les écoutants et les enseignants privilégient les caractéristiques de sociabilité (4 adjectifs sur 6). Les médecins et les gendarmes accentuent l'adaptation (3 adjectifs sur 6). Les assistantes sociales ne privilégient pas par ailleurs les caractéristiques d'adaptation (dont le premier adjectif « *discipliné* » intervient en 8^e position de rang moyen). A contrario, les écoutants ne privilégient pas l'expression, mais plutôt l'adaptation (« *autonome* », catégorie expression, intervient à la 8^e position de rang moyen). Les psychologues ont le profil de choix le plus équilibré avec deux adjectifs de chaque catégorie parmi les six le plus souvent classés chez eux.

2. Résultats de l'ACM sur le questionnaire concernant les traits de caractère

Les données de ce questionnaire ont été traitées avec une analyse des Correspondances Multiples, en considérant chaque adjectif 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. Dans le plan de ces deux premiers axes, on observe que les adjectifs ne se rassemblent pas selon leurs catégories d'appartenance a priori (voir graphique 7, où les adjectifs d'une même catégorie sont reliés entre eux par l'intermédiaire du point moyen). Les adjectifs de la catégorie « expression » sont relativement proches, à l'exception de « *calme* » et de « *travailleur* ». De même, ceux de la catégorie « sociabilité » forment un autre ensemble plus ou moins distinct du premier, à l'exception de « *gentil* » et « *agréable* » qui s'en éloignent notablement. La dernière catégorie « adaptation » est nettement éclatée en plusieurs sous-groupes. Une telle répartition dans le plan 1/2 de l'analyse rend hasardeux le constitution de scores correspondant à la catégorisation des adjectifs a priori, comme cela avait pu l'être envisagé au départ.

Par contre, lorsque l'on s'intéresse à la répartition des sujets par classes (issues des nuées dynamiques et de l'ACP sur les items du questionnaire de justification de la violence), on observe que la classe 2/3, c'est à dire les répondants qui ne minimisent ni ne tolèrent la violence, sont les plus nombreux à privilégier les adjectifs de sociabilité et d'expression, à l'exception de « *calme* », « *agréable* », « *gentil* » et « *travailleur* » isolés hors de leurs ensembles respectifs, comme on vient de le voir. Les sujets de la classe 3/3, 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 1/3 qui ont, eux, tendance à tolérer la violence faite à l'enfant et à la minimiser, ont tendance à se répartir sur l'ensemble du plan. On peut néanmoins observer qu'ils comptent dans leurs rangs les sujets les plus extrêmes à droite de l'axe 1, à savoir ceux qui privilégient les caractéristiques d'adaptation, auxquelles s'ajoutent les quatre adjectifs préalablement cités, issus des deux autres catégories a priori. L'enfant doit avant tout être pour eux « *sage* », « *soigneux* », « *gentil* », « *agréable* », « *calme* », « *respectueux* », « *honnête* », « *discipliné* », « *raisonnable* », « *travailleur* » et « *responsable* ».



Graphique 7

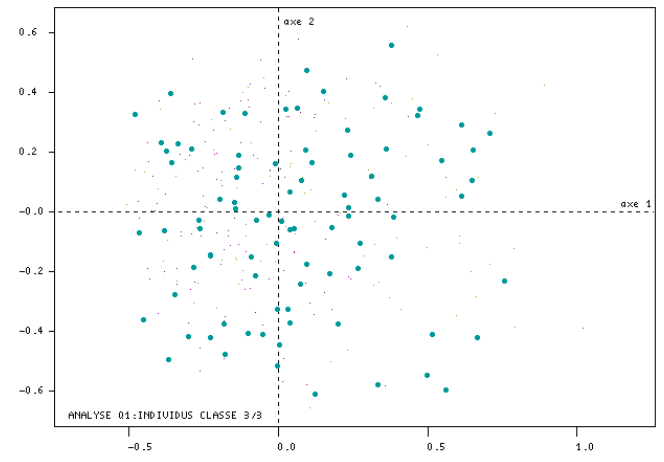
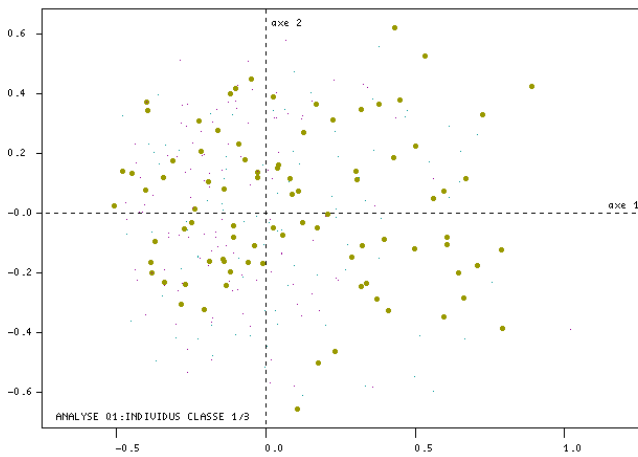
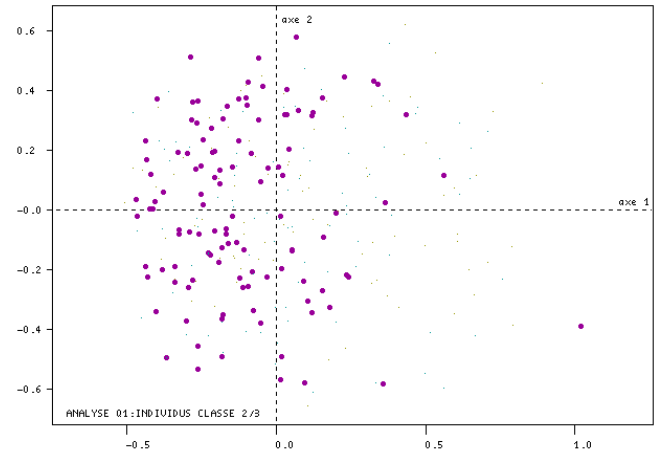


Figure 13
ACM Traits de caractère (variables, 3 classes)

Projection des différents groupes d'intervenants sur le plan 1/2 de l'ACM

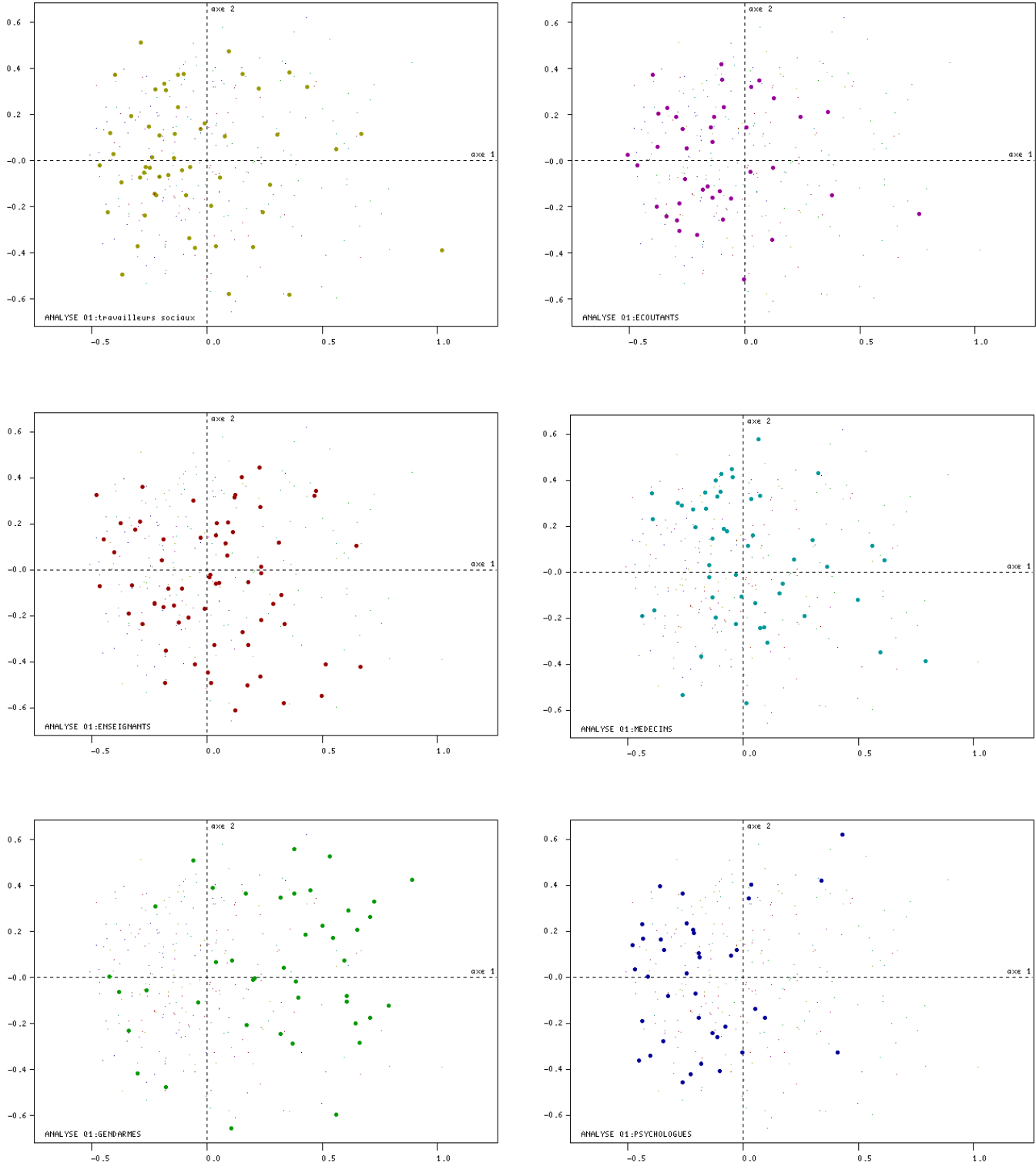


Figure 14
Répartition des 6 groupes d'intervenants

Les graphiques ci-dessus montrent la répartition des répondants par catégories d'activité dans le plan 1/2 de l'analyse. On observe que les travailleurs sociaux, les écoutants et les psychologues sont assez nettement regroupés à droite du graphique,

c'est-à-dire qu'ils privilégient les traits de caractère chez l'enfant correspondant à la sociabilité et à l'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 (quadrant inférieur droit), tandis que parmi les médecins, certains valorisent davantage l'aspect bon, affectueux, calme (quadrant supérieur gauche). Les gendarmes, quant à eux, sont plutôt situés sur la partie droite du graphique, illustrant leur prédilection pour les caractéristiques d'adaptation.

VII. En guise de conclusion des questionnaires

La première conclusion qui émerge des analyses ci-dessus concerne l'absence de cohérence forte entre les différents questionnaires composant l'étude dans son ensemble. Il n'existe par exemple aucune corrélation supérieure à .30 (ou -.30) entre les items composant le questionnaire sur la justification de la violence et ceux du questionnaire concernant les pratiques éducatives, et pas davantage avec ceux qui se rapportent aux comportements parentaux valorisés. Une telle faiblesse des corrélations entre items indique qu'il n'existe pas de profil nettement établi associant par exemple, tolérance et minimisation de la violence avec valorisation de pratiques éducatives autoritaires et lien privilégié avec un comportement parental d'un type spécifique. Ce n'est que lorsque l'on se livre à une catégorisation des répondants que certaines tendances apparaissent, d'où l'accent porté dans les commentaires ci-dessus à l'espace des individus au détriment de celui des variables.

Ce qui pourrait apparaître comme une faiblesse de l'étude n'en est pas nécessairement une, en regard des objectifs de départ. Il est ainsi possible de dresser un certain nombre de portraits correspondant à certaines catégories d'intervenants ou à des sous-groupes au sein de ces catégories, caractérisés par des types spécifiques de représentation de la violence à l'enfant, et qui permettent de préconiser des interventions de sensibilisation. S'il n'y a pas de profil spécifique à chacune des professions, on relève en revanche trois regroupements typiques avec des caractéristiques personnelles m'arguées et rassemblant majoritairement certains professionnels.

C'est ainsi qu'un premier profil 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 par une certaine tolérance de la violence faite aux enfants et par sa minimisation sans pour autant s'associer à des pratiques éducatives ou des comportements parentaux particuliers. Un deuxième profil agrège également 30 % de professionnels, majoritairement des enseignants et des assistantes sociales, ayant une image plutôt négative de l'enfant qui tolèrent la violence sans la minimiser, mais manifestent des comportements affectueux tout en privilégiant les pratiques éducatives démocratiques et en appréciant chez l'enfant ses qualités de sociabilité et son potentiel d'expression et de créativité. Le dernier rassemble 40 % de professionnels en accord avec des pratiques éducatives autoritaires qui cependant ne tolèrent ni ne minimisent la violence faite à l'enfant et privilégient socialisation et communication. Ce sont en grande partie des assistantes sociales, les autres professions étant à peu près également représentées à l'exclusion des gendarmes.

Quatrième partie

SYNTHESE ET RECOMMANDATIONS

I. Synthèse

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 « bienveillance », 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 qui ne cesse de bouger et à des rythmes différents selon les cultures et 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 **bienveillance** ? 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, des croyances religieuses et/ou éducatives ou sur une conception limitée de la violence (Fortin, 1995). Les théories implicites en résultant tendraient alors 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 ce que ces professionnels pensent de ce qu'est 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*¹ ». 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

¹ Les pierres sont susceptibles de vous briser les os, mais les mots vous briseront à coup sûr le cœur.

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 générer ainsi 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 excessive autonomie 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 .

On peut enfin se demander dans quelle mesure les formations et l'expérience professionnelle ont modulé ces théories implicites. Si tel est le cas, elles devraient être différentes selon le statut des intervenants. Il en résulterait alors des profils associés aux différents groupes professionnels. Sinon, les intervenants interrogés peuvent-ils se regrouper selon d'autres critères, d'autres caractéristiques ?

1. Des profils associés aux professions ?

L'analyse des réponses aux questionnaires a conduit à un certain nombre de résultats mettant en évidence que d'une part les différents professionnels s'avèrent loin d'être unanimes quant à la définition de la violence à enfant, de ses caractéristiques, de son explication, voire de son éventuelle « justification » et qu'ils présentent d'importantes lacunes dans leurs connaissances relatives à l'enfant, en particulier en ce qui concerne ses besoins psychosociaux à travers les comportements parentaux qu'ils valorisent et les pratiques éducatives qu'ils jugent adéquates. Est-ce à dire que l'on peut distinguer ces réponses selon le type d'intervenant ?

Si neuf professionnels sur dix 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, six sur dix 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. A l'inverse, 60% des médecins, des enseignants et des psychologues sont en désaccord avec le fait de fesser un enfant, huit écoutants de téléphonie médico-sociale sur dix rejetant 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. Par contre, 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 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 maltraitant 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, les causes de nature psychologique (parents sans limites, stress excessif, enfants non désirés, etc.), d'origine « interculturelle, de l'ordre 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 alors 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 personnalités de chacun et à sa trajectoire et, ce, quelle que soit sa profession.

2. Une valorisation des pratiques éducatives peu 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 par rapport à l'autorité, ce ne sont donc pas les gendarmes qui prônent le plus de telles pratiques, mais 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, rejetant ainsi, semble-t-il, toutes contraintes.

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 écoutants, sont ainsi parmi les plus nombreux à être en désaccord avec des pratiques libérales qui instaurent dialogue et concertation avec l'enfant. Seules, les assistantes sociales 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 à ce questionnaire.

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 associés, sont utilement complétées par une synthèse plus systématique des résultats par catégories d'intervenants.

3. Caractéristiques par groupes d'intervenants

Ces caractéristiques regroupent à la fois les éléments de réponse évoqués ci-dessus et les autres aspects évalués, tels que les comportements parentaux privilégiés, ou les traits de caractère favorisés chez l'enfant. Mis en regard les uns avec les autres, ainsi qu'avec les réponses aux entretiens, ils 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.

3.1. Les travailleurs sociaux

Les travailleurs sociaux manifestent une certaine tendance à la tolérance à 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'emmener des amis à la maison, d'avoir des activités en dehors de l'école ou 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 violent.

Un quart à un tiers des assistantes sociales estiment acceptable ou ne se prononcent pas quant à l'attribution de la violence parentale à des troubles mentaux, une perte de contrôle ou 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 assistantes sociales estiment que si un enfant est battu c'est qu'il le mérite ou du moins refusent de rejeter ouvertement cette explication, que la violence est justifiée 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 assistantes sociales rejettent certaines pratiques autoritaires concernant les heures de lever et le choix des loisirs, tout en étant 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'avèrent 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 la libre disposition de son argent de poche. Cette tendance s'accroît 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 caractères, ils privilégient le fait que l'enfant soit équilibré avant tout, suivi d'autonome, gai et gentil, c'est-à-dire plutôt des caractéristiques de sociabilité.

Les réponses aux questionnaires peuvent apparaître en contradiction avec ce qui a été repéré dans les entretiens, où les assistantes sociales interrogées semblent sensibilisées à la violence psychique et à son impact sur l'image de soi de l'enfant, jugent la maltraitance inexcusable. A *contrario*, l'image de la bienveillance 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.

3.2. Les écoutants de téléphonie médico-sociale

Les écoutants manifestent eux aussi une certaine tendance à la tolérance à 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. Par contre, 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. Quarante-six pourcent des écoutants ne trouvent pas ouvertement violent d'empêcher l'enfant de parler aux voisins, par contre, 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 violent, 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. Par contre, 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 items du 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, par contre 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 assistantes sociales, 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 équilibré, confiant et gai, ce en quoi ils se montrent parfaitement 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. Par contre, 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.

3.3. Les enseignants

Les enseignants manifestent une tolérance à la violence envers l'enfant nettement plus répandue 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 par contre parmi les moins nombreux à minimiser la violence des comportements d'intimidations envers l'enfant, avec un maximum de 23% d'entre eux se refusant de 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 violent 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 coléreux, 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'item 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 valorisés chez un enfant, cette fois « soigneux » l'emporte sur « équilibré » et « bon », avec un rang moyen tel que tous les enseignants ont choisi ce qualificatif en première position ou peu s'en faut. La présence des deux autres qualificatifs assure néanmoins une priorité à des caractéristiques de sociabilité, comme précédemment.

Comme dans les deux catégories précédentes, 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-t-elle la tolérance croissante chez les enseignants de la violence subie par les enfants, ce que les théories implicites émergent des questionnaires révèle 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.

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 ?

3.4. Les médecins

Les médecins manifestent une certaine tolérance à 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%). Par contre, 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 donner des ordres à l'enfant 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 les amis de l'enfant, 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 items 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 par contre 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. Par contre, 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 », « raisonnable » et « gai », suivi de « intelligent », accordant une importance particulière à ce dernier trait, tout comme les enseignants, et contrairement aux autres catégories qui n'ont pas placé l'intelligence dans leurs six premiers choix majoritaires. Leurs premiers choix privilégient néanmoins la sociabilité comme pour les catégories d'intervenants précédentes.

En ce qui concerne les entretiens recueillis auprès des médecins, la reconnaissance de la violence psychique est particulièrement nette, ainsi que l'affirmation de son absence de justification. L'image de la bienveillance 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 particulièrement sensibilisés à la violence et à ses conséquences figurent d'autres médecins dont le profil est plutôt inverse.

3.5. 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, et 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 du fait 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 par contre 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, rejoints 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 associé 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 privilégient 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 première position, « respectueux » en quatrième, alors qu'« équilibré » et « gai » s'intercalent entre les deux, 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, avec en outre « discipliné » que l'on retrouve en 6^e position, trait qu'ils sont les seuls à placer à ce niveau de choix.

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 bienveillance d'une part, et de la maltraitance d'autre part.

3.6. 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. Par contre, 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, avec près de 40% de cette catégorie de répondants qui 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. Par contre, 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 cet item.

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 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 intervenants qui ont fait leur spécialité de l'étude du psychisme, et que l'on s'attendrait 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 par contre 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 prise sans l'en informer. On relève une curiosité, valable aussi pour les autres catégories d'intervenants, qui veut qu'alors 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 à 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 privilégient l'écoute mais aussi l'affection, rendre l'enfant heureux mais aussi l'inviter à s'exprimer, et avant tout lui apporter un climat de sécurité. Leur opinion est moins tranchée en la matière que celle des écoutants ou des assistantes sociales, par exemple. Les traits de caractère qu'ils privilégient chez l'enfant ont tendance à se démarquer de ceux des autres catégories, en ce qu'« équilibré » n'intervient qu'en troisième place, détrôné par « bon » et « sûr de soi ». Avec la présence de « travailleur » en quatrième position, les psychologues apparaissent comme ceux pour qui la caractéristique d'expression, telle qu'elle est définie a priori ici, est la plus importante, tout autant que la sociabilité. Il peut cependant paraître étonnant que des psychologues privilégient une approche plutôt morale présente dans la connotation de « bon », plutôt que la notion

d'équilibre, « équilibré » étant choisi plus prioritairement par toutes les autres catégories d'intervenants dont ils se démarquent ainsi, tout autant que par leur absence de priorité conférée à « gai ».

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 attentive du psychologue, averti, contrairement aux autres. Quant à la bienveillance, 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 bienveillance 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 ?

Cela étant, et même si ces descriptions de schémas de réponses par catégories d'intervenants peuvent être considérées comme des sortes de profils moyens, les remarques faites jusqu'ici montrent qu'il existe une certaine hétérogénéité au sein de chaque catégorie. Celle-ci est illustrée, au strict plan statistique, par le fait que les nuées dynamiques n'ont pu fournir 6 profils différents (un de ceux-ci ne contenant qu'un seul individu), correspondant globalement chacun à une catégorie spécifique d'intervenants, sur la base des réponses aux items de justification de la violence, les seuls ayant véritablement permis une telle différenciation. Dans les cinq profils retenus à la suite de l'échec de cette première tentative en 6 classes, aucun ne rassemble davantage une seule catégorie professionnelle de répondants, pas plus que les 3 classes qui peuvent les résumer, dont l'application aux autres variables du questionnaire fournit par ailleurs des résultats mitigés.

4. Des profils transversaux

Si certaines catégories professionnelles se distinguent par leurs types de réponses à certaines questions, on ne peut pour autant en déduire des profils les contrastant nettement et globalement. Si des majorités se manifestent au sein des professions, elles ne doivent pas faire oublier l'existence de minorités, puisque, par exemple, un gendarme sur sept est en désaccord avec les fessées, alors que près d'un quart des psychologues ou des médecins sont d'accord avec les corrections. Les variations au sein de chaque catégorie sont ainsi relativement conséquentes, comme l'ont confirmé les résultats des analyses quantitatives qui ne parviennent à regrouper statistiquement les

réponses relatives à la justification de la violence qu'en cinq profils hétérogènes quant à la profession, voire en trois pour une plus grande synthèse.

Le premier profil, parmi les cinq qui fournissent les informations les plus détaillées, est caractéristique de personnes minimisant fortement les violences à l'enfant, en particulier les comportements d'isolement et de rejet, et certains comportements d'intimidation comme donner des ordres en criant. Bien que ne rassemblant qu'une quinzaine d'individus, toutes professions confondues avec toutefois une majorité de gendarmes et d'enseignants, cette classe a retenu l'attention par l'accord explicite de ses répondants avec ce qui est généralement considéré comme de l'ordre de la violence à enfant, même si elle n'est pas physique. Ce fait est d'autant plus notable que la désirabilité sociale conduisait à s'attendre à une absence de réponses fortement marquées en ce sens. Le deuxième profil se distingue principalement par la tolérance de la violence, la justification de la sévérité, et une image négative de l'enfant, menteur, irrespectueux et sans limites. Il rassemble une soixantaine de répondants, le plus souvent gendarmes ou enseignants, mais aussi travailleurs sociaux, médecins et psychologues. L'existence de ce second profil interroge aussi, avec des répondants qui sont ouvertement d'accord qu'une fessée n'a jamais fait de mal à personne et qu'il y a des enfants qui ont besoin d'une bonne correction de temps en temps, même s'ils jugent par ailleurs plutôt violent de s'en prendre physiquement à l'enfant, lorsqu'on détaille explicitement le processus. Le troisième profil est caractérisé par une image plutôt négative de l'enfant avec une tolérance de la violence marquée par une certaine indécision, sans par ailleurs minimiser la violence des comportements. Il réunit plus de 80 intervenants, avec une majorité d'enseignants et un bon nombre de travailleurs sociaux, les autres professions étant également représentées par ailleurs.

Ces trois premiers profils sont caractérisés par une certaine tolérance et minimisation de la violence à enfant, qui va de l'indécision à une tolérance et une minimisation certaine de celle-ci. Les deux autres profils s'en distinguent par une opinion plus tranchée de non tolérance et de non minimisation de la violence, même si le quatrième profil rejette moins fortement la violence des comportements d'isolement. Ce profil composé de 85 répondants agrège à peu près autant de travailleurs sociaux, d'écouterants, de médecins et de psychologues.

Le dernier profil, de 66 répondants, rassemble enfin ceux qui n'ont ni image négative de l'enfant, ni tolérance, ni minimisation de la violence, étant en particulier les seuls à estimer que donner une tape à un enfant peut être qualifié de violent (« assez » ou « très »). Ils s'accordent cependant à dire, comme tous les autres, que les enfants ont besoin d'autorité pour se sentir en sécurité et que se mettre en colère n'est pas particulièrement violent. Il s'agit principalement de travailleurs sociaux, d'écouterants et, dans une moindre mesure, de médecins, d'enseignants, de psychologues et de rares gendarmes. Leur accord avec les autres répondants sur les deux items portant sur l'autorité et l'expression de la colère, en contraste avec l'homogénéité de leurs réponses quant à la violence des comportements présentés par ailleurs, qui les distinguent de tous les autres groupes, souligne le caractère spécifique de ces deux items.

Outre le problème probable de « traduction » que nous avons souligné pour le premier, les réponses globales à ces deux items montrent l'importance accordée par tous les répondants au besoin d'autorité de l'enfant, autorité qui s'entend a minima comme l'établissement de règles permettant à l'enfant d'être guidé dans son développement, et dont le non respect peut entraîner la colère légitime du parent envers l'enfant qui insisterait à n'en faire qu'à sa tête. Il semble à ce niveau important de pouvoir faire

clairement la différence entre autorité et autoritarisme, et entre 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. L'enfant a par contre 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.

Ces cinq profils, établis à partir des items de l'échelle de justification de la violence (hors attribution), ont pu être ramenés à trois profils principaux qui se distinguent aussi sur les autres caractéristiques mesurées par le questionnaire dans son ensemble.

Ainsi, la première de ces trois classes, globalement issues des précédentes, comprend 89 professionnels, de tous horizons, même si l'on remarque une plus grande proportion de gendarmes. Elle est caractérisée par une tolérance de la violence, une minimisation de celle-ci, et le blâme de l'enfant en termes d'attribution. Ce profil est associé à la valorisation de pratiques éducatives autoritaires, ainsi qu'à certaines pratiques de type laxistes, qui font penser à un manque de conscience des besoins de protection et de respect de l'enfant. Les comportements parentaux valorisés sont davantage axés sur le développement de l'enfant et l'aspect cognitif. 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.

La deuxième classe rassemble 92 professionnels, avec une majorité d'enseignants, caractérisés par une image plutôt négative de l'enfant, répondant positivement sur l'échelle de tolérance bien que ne minimisant pas ouvertement la violence par ailleurs. Ils ont tendance à attribuer cette dernière au blâme de l'enfant. Ces intervenants ont eux aussi tendance à privilégier les pratiques éducatives de type autoritaire, ainsi que certaines pratiques libérales, mais pas celles de type laxiste contrairement à la classe précédente. Les comportements parentaux qu'ils valorisent ne sont pas nettement tranchés, ils semblent cependant moins nombreux à privilégier les aspects développementaux et cognitifs que la classe précédente, étant plus nombreux par contre à mettre l'accent sur les aspects affectifs, de socialisation et de communication. Les traits de caractère qu'ils valorisent chez l'enfant manquent aussi de caractéristiques très spécifiques, si ce n'est qu'ils semblent assez peu nombreux à privilégier les aspects responsable, discipliné, raisonnable et travailleur, ce en quoi ils se distinguent légèrement de la classe précédente.

La troisième classe, quant à elle, rassemble 128 professionnels avec une répartition assez égale de toutes les catégories d'intervenants, hormis les gendarmes qui y sont particulièrement peu nombreux. Elle est caractérisée par un profil global de non tolérance à la violence faite à l'enfant et de non-minimisation de celle-ci, et de rejet des excuses en termes de non responsabilité du parent ou de blâme de l'enfant. Les pratiques éducatives de type libéral y sont privilégiées, associées cependant à certaines caractéristiques laxistes. 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 l'inviter à s'exprimer. Les traits de caractère valorisés chez l'enfant concernent essentiellement sa sociabilité et son expression.

La caractérisation des répondants en 3 ou 5 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 intervenants 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, indécision contrastant avec l'image assez affirmée émanant globalement des entretiens en ce qui concerne les définitions de la maltraitance et de la bientraitance.

5. De l'indécision à la tolérance à propos des 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, un médecin ou une assistante sociale sur trois ne s'expriment 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'« ambigües » 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, plus rarement les violences physiques. C'est ainsi que se mettre en colère après l'enfant entraîne 40% de réponses indécises et donner des ordres en criant, 24%. C'est ainsi également que 15 à 25% des professionnels ne se prononcent pas dans les situations visant à isoler l'enfant, que 15 à 20% des professionnels (30% des gendarmes) sont indécis quant à la violence du fait de minimiser les succès scolaires de l'enfant ou qu'un professionnel sur 20 est indécis quant aux faits 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 étonnants car même s'ils s'avèrent minoritaires, ils émanent de personnels 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.

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. On a vu ainsi que l'un des profils caractérise une quinzaine de personnes aux réponses allant dans le sens d'une grande

violence alors qu'un autre associe la tolérance à la violence et la minimisation des comportements violents. 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 un écoutant sur cinq 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 une assistante sociale 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 encore 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 eût 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 responsable. Si la plupart des raisons apparaissent relativement inacceptables pour excuser cette violence, on a quand même trouvé près de deux professionnels sur dix pour l'« expliquer » par la soulographie ou la violence du parent, et de trois sur dix par la perte de contrôle ou la répétition de sa propre maltraitance infantile². 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 deux intervenants sur dix 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.

² 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.

II. Recommandations

Deux constats peuvent être faits au vu des résultats obtenus dans le cadre de cette étude. Le premier est qu'il existe des demandes distinctes formulées par les professionnels lors des entretiens, mais plus encore des manques pas toujours exprimés, mais perceptibles à travers certaines incohérences dans leurs réponses aux questionnaires qui nous conduisent à poser des recommandations différentes selon les professions. Ces besoins diversifiés sont à mettre en relation avec le fait que les intervenants font face à des personnes qui s'adressent à eux en tant que « spécialistes ». Les soignants sont supposés être à l'écoute de ce qui se passe pour la victime, de ce qui a précédé et de ce qui va suivre la situation présente. Les policiers, les gendarmes, eux, sont dans le présent, dans l'immédiateté, dans la réaction. Certains sont confrontés à l'enfance en danger parce que c'est leur métier, tels les écoutants de téléphonie médico-sociale ou les gendarmes, d'autres parce qu'ils y sont contraints par les circonstances, tels les enseignants ou les médecins. Mais pour pouvoir répondre, relayer un message auprès des parents, encore faut-il avoir des réponses, des repères et que ces réponses soient adéquates. Or certains professionnels rencontrés semblent avoir des réponses. On a vu, par exemple, que tantôt, les gendarmes et les enseignants, tantôt les enseignants et les assistantes sociales, allaient présenter des profils associant tel ou tel type de pratiques éducatives à plus ou moins de tolérance envers la violence faite à l'enfant. Peut-être l'association étonne-t-elle au prime abord, mais elle a le mérite de présenter une certaine conception de l'enfant et de son éducation. Plus inquiétante s'avèrent les réponses « illogiques » de certains intervenants qui semblent ne pas savoir clairement ce qui est bon pour l'enfant en termes d'éducation et de relation parents/enfants et manifestent leur désarroi à travers cette absence de cohérence. Or si le professionnel ne sait plus ce qu'il faut faire, comment peut-il être le support de familles en difficulté et d'enfants en souffrance ?

De tels résultats conduisent à constater la nécessité de redonner des repères aux intervenants afin qu'ils les puissent relayer auprès des parents, afin d'éviter non seulement le fléau de la maltraitance, mais aussi celui d'un laxisme démissionnaire, par crainte d'autoritarisme, susceptible de conduire l'enfant et surtout l'adolescent au suicide, à la drogue, à l'alcool ou à la déviance. Les enfants maltraités ne sont pas les seuls en risque. Ceux qui n'ont pas de guide, qui ne sont pas soutenus pour « grandir » sont également carencés. L'absence de limites conduit l'enfant à la peur, tout autant que le contrôle coercitif et psychologique.

Il serait ainsi nécessaire de mettre en place des formations spécifiques à chacune des professions concernées, visant à répondre aux manques mis au jour tant dans l'enquête par questionnaires, que dans les entretiens.

Un second constat porte sur le fait que ces différents professionnels n'interagissent pas suffisamment, que les partenariats ne sont pas assez développés entre ces catégories, qu'il reste des murs à abattre. Il faut mettre fin aux multiples cloisonnements. Face à la maltraitance, en présence d'enfants en danger les enseignants, les médecins ou les psychologues, tout comme les travailleurs sociaux ne doivent pas craindre de faire appel à la police ou aux magistrats dans les cas extrêmes, ceux où il y a un déni des faits, une opposition totale de la famille ou des enjeux criminels – en cas d'abus sexuel, par exemple. Mais ils ne doivent pas plus craindre, lorsqu'ils détiennent simplement des informations préoccupantes, de faire appel aux cellules professionnelles auprès des conseils généraux qui sont responsables de la protection de l'enfance. Il ne faut pas masquer sous la peur de la délation l'angoisse éprouvée devant ce que l'on ne connaît

pas ou que l'on connaît mal et savoir que ces services ont pour premier objectif de répondre à la souffrance de l'enfant. Mais pour ce faire, il faut que chacun soit à la fois mieux informé des démarches qu'il faut entreprendre, des suites qui sont données aux informations et aux signalements, mais aussi que chacun soit conscient de ce qui peut résulter de toute démarche non seulement dans l'immédiat mais aussi à plus long terme.

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 constatons que les professionnels rencontrés ont des représentations dispersées, des théories peu construites, faiblement élaborées et bien peu explicites, 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 ». 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. Mais la plupart en sont conscients et leur demande est à la proportion du manque.

La loi 2007 prévoit la mise en place d'une formation continue pour tous les professionnels, l'instauration de formations multidisciplinaires regroupant des individus exerçant des métiers différents et une formation spécifique sur les cadres de la protection de l'enfance. Quatorze propositions de formations permettraient, ce nous semble, de répondre dans ce cadre 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.

A - Formation relative au développement de l'enfant, aux besoins de l'enfant en matière de liens d'attachement et de liens sociaux (écoute, soutien, compréhension) au caractère non violent qui doit présider à son éducation tant au sein de la famille que de l'institution scolaire. (*Ensemble des professionnels*)

B - Formation relative aux deux dimensions se combinant 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. (*Ensemble des professionnels*)

C - Formation relative aux effets néfastes des négligences, des privations et des violences psychologiques sur le développement des enfants et aux moyens d'y faire face. (*Ensemble des professionnels*)

D - Formation relative aux mécanismes de la violence, à son vécu transgénérationnel. (*Ensemble des professionnels*)

E - Formation sur la maltraitance - différentes formes de maltraitance, mécanismes de la maltraitance, indices permettant de repérer la maltraitance psychologique, de repérer les abus sexuels, etc. (*Ensemble des professionnels*)

F - 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. (*Ecoutants, Médecins, Psychologues*)

G - Formation aux psychopathologies de l'adulte comme facteur de maltraitance. (*Ecoutants, Médecins, Psychologues*)

H - Formation à l'interculturalité, aux négociations et à la médiation interculturelle. (*Professeurs, Assistantes sociales, Psychologues*)

I - Formation socio-juridique - valeurs sociétales et culturelles, responsabilité. (*Ecoutants, Professeurs, Médecins, Psychologues, Assistantes sociales*)

J - Formation relative à l'éthique et à la déontologie, aux notions de secret professionnel, de secret professionnel partagé, etc.

K - 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. (*Ecoutants, Professeurs, Médecins, Psychologues, Assistantes sociales*)

L - 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 alors 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. (*Médecins, Psychologues*),

M - Mise en place de groupes de réflexion concernant le cadre de travail et l'accueil des personnes, la prévention. (*Ecoutants, Médecins, Psychologues*)

N - Mise en place de tables rondes interprofessionnelles qui permettraient aux professionnels confrontés à des situations d'enfants en danger de se rencontrer, de s'écouter, d'avoir une approche décroisée 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, assistantes sociales, infirmières, psychologues scolaires, médecins scolaires, animateurs de centres de loisirs, représentants d'associations, médiateurs interculturels, etc. (*Ensemble des professionnels*)

Références

- Aronson, E. (1988). *The social animal*. New York, Freeman.
- Baumerind, D. (1971). Current patterns of parental authority. *Developmental Psychology Monographs*, 4,1-103
- Bigeault, J.P. & Agostini, D. (1996). *Violence et savoir. L'intervention éducative et les « savoirs interditeurs »*. Paris, L'Harmattan.
- Beauvois, J-L. (1984). *La psychologie quotidienne*. Paris, PUF.
- Cartron, A. & Winnykamen, F. (1999). *Le développement des relations sociales chez l'enfant, Genèse, développement, fonctions*. Paris, Armand Colin, (2e éd).
- Collings, S. J. (2002). Unsolicited interpretation of child sexual abuse media reports. *Child Abuse and Neglect*, 26 (11), 1135-1147.
- Coslin, P.G. (1998). Qu'en est-il de l'enfant dans les nouvelles familles ? In G. Langouët Ed., *Les nouvelles familles*. Paris, Hachette.
- Coslin, P.G. (2007). *La socialisation de l'adolescent*. Paris, Armand Colin.
- 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.
- 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*, New York, Academic Press.
- Fortin, A. (1995). Développement d'une mesure de la justification de la violence envers l'enfant. *Journal International de Psychologie*, 30 (5), 551-572.
- Fortin A. & Durning, P. (2000). Les punitions corporelles. Entre mauvais traitements et bienveillance ? In M. Gabel, F. Jesus et M. Manciaux Eds., *Bienveillance : mieux traiter familles et professionnel*. Paris, Fleurus.
- 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.
- Gabel, M. (2002). *Enfances en danger*. Paris, Fleurus.
- Gilly, M. (1980). *Maîtres-Elèves : Rôles institutionnels et représentations*. Paris, PUF.
- Ionescu, S. et al. (2006). La maltraitance infantile : que nous apprennent les journaux des différents pays ? In S. Ionescu et C. Jourdan-Ionescu, *Psychopathologies et société, Traumatismes, Évènements et situations de vie*. Paris, Vuibert.
- Jones, E. E. & Harris, V. A. (1967). The attribution of attitudes, *Journal of Experimental Social Psychology*, 3,1-24.
- Lautrey, J. (1980). *Classe sociale, milieu familial, intelligence*. Paris, PUF.
- Mugny, G. & Carugati, F. (1985). *L'intelligence au pluriel. Les représentations sociales de l'intelligence et de son développement*. Cousset, Del Val.
- 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*. Hillsdale, N. J., Erlbaum.
- Moscovici, S. (1984). *Psychologie sociale*, Paris, PUF.
- 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*. Paris, Odile Jacob.
- Pourtois, J-P. (1979). *Comment les mères enseignent à leurs enfants*. Paris, PUF.
- Pourtois, J-P. & Desmet, H. (2004). *L'éducation implicite*. Paris, PUF.
- Rufo, M. (2005). *Détache moi ! Se séparer pour grandir*. Paris, Fayard.
- Sigel, I. E. (1985). A conceptual analysis of beliefs. In I. E. Sigel Ed., *Parental belief systems: the psychological consequences for children*. Hillsdale, N. J., Erlbaum.
- Vandenplas – Holper, C. (1987). Les théories implicites du développement et de l'éducation, *European Journal of Psychology of Education*, 2 (1), 17-39.
- Verquerre, R. (1989). *Représentations de l'enfant. Attitudes éducatives, comportements éducatifs*. Thèse de 3^{ème} Cycle. Paris, Université René Descartes.
- Verquerre, R. et al. (1994). Norme d'internalité et attitudes éducatives des parents, norme d'internalité des enfants. In P. Durning, J. P. Pourtois Eds., *Education et famille*. Bruxelles, De Boeck.

ANNEXES

Questionnaires	119
Grille d'entretien	127

GERPA - Université René Descartes-Paris 5
Laboratoire de Psychologie clinique et de Psychopathologie
71, avenue Edouard Vaillant - 92774 Boulogne Billancourt Cedex
TEL. : 33 (0)1 55 20 58 71 - FAX 33 (0)1 55 20 57 42 - COURRIEL : pierre.coslin@univ-paris5.fr

ENQUETE SUR L'EDUCATION DES ENFANTS³

Cette recherche est effectuée par le GERPA, Groupe d'Etudes et de Recherches en Psychologie de l'Adolescent, en accord et sur subvention de l'ONED, Observatoire National de l'Enfance en Danger.

Le questionnaire que nous vous demandons de remplir porte sur les caractéristiques personnelles que vous valorisez chez l'enfant et sur les pratiques éducatives que vous considérez comme adéquates ou inadéquates.

Ce questionnaire est bien entendu anonyme. Les réponses fournies resteront strictement confidentielles.

Vous êtes libre d'accepter ou de refuser d'y répondre ou de décider, à tout moment, d'arrêter votre participation.

³ Adaptée en partie de la MJVE – Fortin (1994)

Questionnaire d'opinions

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.

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

Voici l'échelle de réponse :

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

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					1	2	3	4	5	6	7
10. C'est un enfant particulièrement difficile					1	2	3	4	5	6	7
11. Le parent souffre de troubles mentaux					1	2	3	4	5	6	7
12. L'enfant le mérite					1	2	3	4	5	6	7
13. Le parent a perdu le contrôle de lui-même					1	2	3	4	5	6	7
14. L'enfant l'a provoqué					1	2	3	4	5	6	7
15. Le parent est saoul					1	2	3	4	5	6	7
16. Le parent ne veut plus se laisser "marcher sur les pieds"					1	2	3	4	5	6	7
17. L'enfant est violent					1	2	3	4	5	6	7
18. L'enfant ne comprend pas autrement					1	2	3	4	5	6	7
19. Le parent agit dans l'intérêt de l'enfant					1	2	3	4	5	6	7
20. L'enfant est coléreux					1	2	3	4	5	6	7
21. Le parent aime l'enfant					1	2	3	4	5	6	7
22. Le parent a été battu dans son enfance					1	2	3	4	5	6	7
23. Le parent n'a pas le choix					1	2	3	4	5	6	7
24. Le parent est violent					1	2	3	4	5	6	7

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 1	Très peu violent 2	Assez peu violent 3	Plus ou moins violent 4	Assez violent 5	Très violent 6	Extrêmement violent 7
25. Se mettre en colère après l'enfant	1	2	3	4	5	6 7
26. Gifler l'enfant	1	2	3	4	5	6 7
27. Toujours interdire à l'enfant d'amener des amis à la maison	1	2	3	4	5	6 7
28. Rire de l'apparence physique de l'enfant	1	2	3	4	5	6 7
29. Donner à l'enfant un surnom négatif	1	2	3	4	5	6 7
30. Empêcher l'enfant de parler aux voisins	1	2	3	4	5	6 7
31. Critiquer tous les amis de l'enfant	1	2	3	4	5	6 7
32. Donner une tape à l'enfant	1	2	3	4	5	6 7
33. Dire à l'enfant qu'on aimerait s'en débarrasser	1	2	3	4	5	6 7
34. Donner une correction à l'enfant	1	2	3	4	5	6 7
35. Menacer l'enfant de lui faire mal	1	2	3	4	5	6 7
36. Faire peur à l'enfant en lançant ou en fracassant un objet	1	2	3	4	5	6 7
37. Critiquer l'enfant pour tout ce qu'il fait	1	2	3	4	5	6 7
38. Dire à l'enfant qu'on regrette de l'avoir mis au monde	1	2	3	4	5	6 7
39. Pincer l'enfant	1	2	3	4	5	6 7
40. Interdire à l'enfant toute activité en dehors de l'école	1	2	3	4	5	6 7
41. Briser, détruire ou jeter les jouets préférés de l'enfant	1	2	3	4	5	6 7
42. Dire à l'enfant qu'il ne fera jamais rien de bon dans sa vie	1	2	3	4	5	6 7
43. Donner des ordres à l'enfant en criant	1	2	3	4	5	6 7
44. Minimiser les succès scolaires de l'enfant	1	2	3	4	5	6 7

Questionnaire enfance et pratiques éducatives

1. 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) Equilibré ...



Indiquez ici le numéro d'ordre (de 1 à 6)

2. 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 ...
- b) Etre à son écoute ...
- c) Avoir des aspirations pour lui ...
- d) L'aider à prendre de bonnes décisions ...
- e) Etre affectueux avec lui ...

3. 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 ...
- b) Chercher à le rendre indépendant ...
- c) Essayer de le rendre heureux ...
- d) Lui apprendre à respecter autrui ...
- e) L'inviter à s'exprimer ...

4. 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 ...
- b) Développer ses centres d'intérêt ...
- c) L'aider à grandir ...
- d) Se donner l'occasion de parler ensemble ...
- e) L'inciter à tenir compte des autres ...

5. 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.

		Tout à fait en désaccord	Plutôt en désaccord	Un peu en désaccord	Un peu en accord	Plutôt en accord	Tout à fait en accord
1	A la maison, ce qui est interdit par les parents ne doit pas être discuté par l'enfant.						
2	Un enfant doit pouvoir sortir de table à tout moment avant la fin du repas.						
3	Les parents doivent pouvoir laisser l'enfant choisir ses activités de loisir.						
4	Un enfant qui a de mauvais résultats scolaires mérite d'être puni par ses parents.						
5	L'enfant doit pouvoir passer autant de temps qu'il le souhaite à jouer à ses jeux.						
6	Il faut parfois savoir laisser la maison à l'enfant pour une petite fête entre copains.						
7	Un enfant doit se lever tous les jours à la même heure, même durant les vacances.						
8	Les parents n'ont pas besoin de savoir ce que l'enfant fait à l'école.						
9	Le dialogue, plus que la punition, permet de résoudre les difficultés rencontrées avec l'enfant.						
10	C'est aux parents de choisir les vêtements de l'enfant.						
11	Un enfant doit pouvoir regarder toutes les émissions de télé qu'il souhaite.						
12	L'achat des fournitures scolaires doit pouvoir faire l'objet d'une concertation entre l'enfant et ses parents.						
13	C'est aux parents de décider des activités de loisir de l'enfant.						
14	Un enfant n'a pas à rendre de comptes à ses parents.						
15	Il faut encourager la prise de responsabilités de l'enfant dans les tâches ménagères.						
16	Un enfant n'a pas à intervenir dans les discussions de ses parents.						
17	L'enfant doit avoir la liberté de manger à tout moment ce qu'il veut.						
18	Les parents ne doivent pas prendre de décisions concernant l'enfant sans en parler d'abord avec lui.						
19	Un enfant ne doit pas regarder la télévision en l'absence de ses parents.						
20	Un enfant sait toujours ce qui est bien pour lui.						
21	L'enfant doit pouvoir disposer librement de l'argent de poche que ses parents lui donnent.						

Veillez indiquer :

- Votre sexe : masculin féminin
- Votre âge :
- Votre nationalité :
- Votre profession :
- Depuis combien d'années exercez-vous ?
- Quelle est votre formation initiale ?
.....
- Avez-vous des enfants ? oui non Si oui, combien ?

Indiquez pour chacun son sexe et son
âge :

Merci de bien vouloir nous faire part de vos remarques à propos de ce questionnaire

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Accepteriez vous de prolonger votre contribution à cette recherche en participant à un entretien individuel ?

Oui Non

Si oui, remplissez la feuille ci-jointe et remettez le à la personne qui vous a sollicité(e) pour remplir ce questionnaire.

Nous vous remercions pour votre précieuse collaboration

Grille d'entretien

Profession :

Sexe :

Fonction :

Age :

Ancienneté :

Formation initiale :

Formations complémentaires :

Compétences (savoirs, savoir-faire, savoir-être)

A quoi associez vous le terme de maltraitance ?

- maltraitance au sein de la famille, exercée par les parents, la fratrie, d'autres membres de la famille (lesquels ?)
- maltraitance dans le sens d'une atteinte exercée par une personne extérieure à la famille (affaire de pédophilie, enlèvements...)
- autres ?

Et qu'est-ce que serait, pour vous, la « bientraitance » ?

Comment expliquez vous ou comprenez vous les comportements des parents ou adultes maltraitants ?

Quels sont, selon vous, les facteurs qui pourraient expliquer les comportements maltraitants ?

- milieu socioculturel
- culture
- contexte familial
- stress
- autres ?

Avez vous récemment rencontré dans l'exercice de votre profession un enfant victime de mauvais traitements ou des auteurs de maltraitances ?

Quel a été votre vécu face à cette situation (sentiments, impressions, réactions...) ?

Votre formation professionnelle (ou votre entourage professionnel actuel) vous ont-ils aidé et préparé à ce genre de situation ?

Qu'est-ce qui vous a servi, qu'est-ce qui est utile dans cette formation ?

Quels seraient vos besoins, votre demande ?