



Encyclopédie
sur le développement
des jeunes enfants



Maltraitance des enfants

Mise à jour : Février 2012

Éditrice au développement du thème :

Harriet MacMillan, M.D., McMaster University, Canada

Table des matières

Synthèse	4
La violence physique à l'égard des enfants : un tour d'horizon CINDY W. CHRISTIAN, M.D., FÉVRIER 2012	8
La négligence à l'égard des enfants : un tour d'horizon HOWARD DUBOWITZ, M.D., M.S., GINA POOLE, B.A., FÉVRIER 2012	15
L'agression sexuelle d'enfants : un tour d'horizon DELPHINE COLLIN-VÉZINA, PH.D., LISE MILNE, M.S.S., FÉVRIER 2012	20
La violence psychologique CHRISTINE WEKERLE, PH.D., FÉVRIER 2012	25
Prévention de la maltraitance des enfants et des séquelles connexes JANE BARLOW, D.PHIL; FFPH (HON), FÉVRIER 2012	31
Maltraitance envers les enfants et impacts sur le développement psychosocial : Épidémiologie NICO TROCMÉ, PH.D., FÉVRIER 2012	36
Violence familiale et impacts sur le développement social et affectif des jeunes enfants KATHERINE M. KITZMANN, PH.D., FÉVRIER 2012	40

Thème financé par



Synthèse

Est-ce important?

La maltraitance des enfants fait référence à toute forme de violence, d'abus ou de négligence commise par des adultes envers des mineurs. On a établi cinq types de maltraitance :

1. La violence physique désigne toute utilisation délibérée de force physique contre un enfant qui constitue une menace à la santé, au développement et/ou au respect de soi de ce dernier. La gamme des actes de violence physique s'étend de formes plus douces de violence (par ex., pousser et bousculer) à des formes plus sévères (par ex., étrangler et frapper).
2. L'agression sexuelle d'enfants (ASE) fait référence à tout acte sexuel commis contre un enfant par une personne qui en est responsable. L'acte peut être seulement tenté ou être complété et il peut y avoir contact ou non lors de l'interaction.
3. La négligence survient lorsque l'adulte responsable de l'enfant ne satisfait pas ses besoins primaires, qu'ils soient physiques, émotifs, médicaux/dentaires ou éducatifs. La négligence est aussi en cause lorsque l'enfant n'a pas accès à une nutrition, une hygiène et un logis adéquats ou que sa sécurité n'est pas assurée.
4. La violence psychologique désigne les actions qui causent ou ont le potentiel de causer des effets adverses sur la santé et le développement émotifs de l'enfant. Le comportement de l'adulte responsable peut ainsi prendre des formes variées : rejeter l'enfant, l'isoler, l'ignorer, le terroriser, le corrompre ou l'exploiter.
5. La violence conjugale (VC) (aussi appelée violence domestique) est aussi considérée comme une forme de maltraitance parce que les enfants qui y sont exposés présentent des problèmes similaires à ceux qui sont directement victimes de violence physique.

Des estimations à l'échelle mondiale révèlent qu'environ 40 millions d'enfants sont actuellement victimes de maltraitance, la négligence étant la forme la plus fréquemment rapportée. L'augmentation récente des taux rapportés de négligence et d'exposition à la VC a été attribuée à l'accroissement des pouvoirs des professionnels qui œuvrent auprès des enfants ainsi qu'à l'amélioration de leur capacité à détecter la maltraitance. En revanche, les taux rapportés d'ASE ont décliné, pour des raisons inconnues; ce déclin pourrait refléter une réduction réelle des AS, peut-être due au succès des programmes de prévention, mais il pourrait aussi être attribué à la réticence croissante des victimes à rapporter l'abus ou à des critères d'identification de l'ASE plus restrictifs. En fait, les auteurs d'une *méta-analyse* récente qui visait à mesurer la prévalence de l'ASE partout dans le monde ont estimé que presque 13 % des adultes rapportent avoir été victimes d'ASE, un taux 30 fois plus élevé que celui qui est officiellement divulgué.

La maltraitance des enfants sous toutes ses formes cause des préjudices durables à la santé et au développement des enfants et, aux États-Unis seulement, les coûts annuels directs et indirects des services

pour repérer la présence d'abus, intervenir et traiter leurs effets néfastes sont estimés à plus de 100 milliards de dollars.

Que savons-nous?

Les enfants maltraités risquent de développer une multitude de problèmes de santé, notamment des retards de croissance et de développement et des problèmes physiques et psychologiques chroniques qui se prolongent pendant la vie adulte. L'abus de substance et la criminalité à l'adolescence et à l'âge adulte sont aussi fréquemment observés chez ces individus. Les effets de la maltraitance et des facteurs de risque qui y sont associés varient selon le type de maltraitance.

La violence physique

Les conséquences les plus directes de la violence physique sont les blessures, les plus sérieuses impliquant des traumatismes crâniens et des dommages aux organes internes. Les contusions cutanées visibles sont les blessures les plus communes. La pauvreté, la monoparentalité, le jeune âge de la mère, la violence domestique et les problèmes de santé mentale sont tous considérés comme des facteurs de risque environnementaux de cette forme de violence. Bien que la violence physique soit plus fréquente chez les enfants plus âgés, les décès causés par ce type de violence sont beaucoup plus élevés chez les nourrissons et les enfants âgés de 3 ans et moins. Le taux de décès est plus élevé chez les enfants qui résident avec un adulte qui ne leur est pas apparenté, mais, en général, ils ont décru régulièrement au cours des trois dernières décennies.

L'agression sexuelle d'enfants (ASE)

Bien que les symptômes cliniques de l'AS ne soient pas apparents chez le tiers des victimes au moment où l'abus est rapporté, les victimes d'AS risquent de développer des problèmes de santé mentale, dont le trouble de stress post-traumatique, la dépression, l'abus de substance et les symptômes dissociatifs (impression de déconnexion entre l'expérience consciente et l'environnement, le corps ou les émotions). Les relations sexuelles à risque, non-protégées, sont aussi communes chez les victimes. À l'âge adulte, les victimes d'AS continuent souvent à souffrir de problèmes de santé mentale, sont plus enclines à s'engager dans des relations violentes, et, dans le cas des femmes, sont 2 à 3 fois plus susceptibles d'être agressées sexuellement. Les filles risquent deux fois plus que les garçons de subir une AS, mais ceci pourrait être expliqué par la réticence des garçons à dénoncer l'abus. L'AS se produit plus souvent chez les adolescents âgés entre 12 et 17 ans, bien que les filles tendent à être agressées plus jeunes et pendant de plus longues périodes que les garçons. Le soutien du parent qui n'est pas l'abuseur et l'absence d'histoire d'agressions antérieures ont été identifiés comme des facteurs de protection pouvant aider les enfants à faire face à cette forme de violence.

Négligence

Contrairement à la violence, la négligence est typiquement commise involontairement et résulte souvent de problèmes qui entravent la capacité du parent à satisfaire les besoins de l'enfant. Cependant, les conséquences négatives de la négligence peuvent être aussi néfastes que celles de la violence, particulièrement lorsque la négligence est sévère, chronique et qu'elle survient tôt dans la vie. Les enfants

négligés risquent de développer des problèmes de santé physique et mentale. Chez les enfants d'âge préscolaire et scolaire, le retrait social, les relations négatives avec les pairs, les difficultés académiques et la dépression sont plus communs chez les enfants négligés que chez les enfants victimes de violence. Les adultes qui ont été négligés pendant leur enfance présentent un risque de s'engager dans des relations violentes similaire à celui des adultes qui ont été abusés physiquement pendant leur enfance.

La violence psychologique

Cette forme de maltraitance est difficile à identifier et à documenter car ses impacts sont moins visibles. Les enfants victimes de violence psychologique peuvent connaître un stress chronique qui mène à des problèmes physiques et/ou émotifs comme des comportements à risque (par ex., l'abus d'alcool) et des troubles psychiatriques précoces et persistants.

Exposition à la violence conjugale (VC)

Même lorsque l'exposition à la VC ne mène pas à une inadaptation cliniquement significative, elle peut causer des petites distorsions (par ex., des attitudes favorables à l'égard de la violence) qui prédisposent les enfants à connaître ultérieurement des problèmes plus sévères (par ex., croire qu'ils sont responsables de la violence conjugale ou devenir eux-mêmes violents). Comparativement aux enfants vivant dans des foyers non-violents, ceux qui sont exposés à la VC sont plus agressifs et anxieux et ils rencontrent plus de difficultés avec leurs pairs et à l'école. Les enfants de moins de 5 ans sont les plus susceptibles d'être exposés à la VC car la violence domestique est plus commune chez les couples ayant des enfants de ce groupe d'âge.

Malheureusement, ces enfants sont particulièrement vulnérables aux effets néfastes de la VC à cause de leurs capacités d'adaptation peu développées et de leur compréhension limitée des conflits.

Que peut-on faire?

Prévention et intervention

La clé pour réduire la maltraitance des enfants est d'axer fortement sur la prévention. Les stratégies utilisées pour prévenir l'occurrence de la maltraitance ont été divisées en trois catégories majeures.

La prévention avant l'occurrence, qui inclut des programmes universels et des programmes plus spécifiques. Les meilleurs résultats sont ceux du Nurse-Family Partnership (Partenariat infirmière-famille), un programme intensif de visites à domicile offert par des infirmières aux femmes socialement défavorisées qui vivent une première grossesse. Un autre programme de visites à domicile – Early Start – et un programme de parentage – Triple P – sont prometteurs, mais plus d'évaluations seront nécessaires pour déterminer leur efficacité. Les programmes éducatifs offerts à l'hôpital pour prévenir les traumatismes crâniens causés par la violence ainsi que l'offre de soins pédiatriques plus soutenus pour les familles à risque de violence physique et de négligence sont également prometteurs, mais ils doivent aussi être étudiés davantage.

La prévention de la récurrence présente beaucoup plus de défis. Un programme – Parent-Child Interaction Therapy – a permis de réduire la récurrence de la violence physique, mais pas de la négligence. Il est considéré prometteur et doit faire l'objet de plus d'études.

Les programmes de prévention des effets néfastes de la maltraitance, particulièrement la thérapie cognitivo-comportementale, qui axent sur la réduction des déficits chez les victimes, peuvent améliorer le bien-être d'enfants agressés sexuellement qui présentent des symptômes de stress post-traumatique. On a montré que les interventions qui ciblent les composantes cognitives et affectives entraînent une meilleure évolution cognitive (par ex., sur le plan de la mémoire) chez les enfants ayant été victimes de violence psychologique.

Transférer les enfants dans une famille d'accueil peut aussi améliorer leur santé physique et mentale et favoriser leur développement comportemental, social et académique. La transition vers des milieux autres que la maison (par ex., lors d'expériences préscolaires de qualité ou de l'entrée à l'école) offre aux enfants victimes de violence psychologique des opportunités de réaligner leurs émotions.

Comme les difficultés financières augmentent le risque de maltraitance, combattre la pauvreté peut, dans une large mesure, favoriser la sécurité des enfants. De plus, les politiques sur la flexibilité au travail peuvent aider les parents à établir un équilibre sain entre leurs responsabilités familiales et professionnelles. Des stratégies doivent aussi être implantées pour encourager les enfants et les membres de la famille à divulguer et dénoncer la maltraitance. Il est important de favoriser l'adaptation et la résilience en contexte d'adversité.

Les professionnels œuvrant auprès des enfants peuvent contribuer à faire de la réduction de la maltraitance une priorité. Ils devraient toujours vérifier la présence de violence lors de l'évaluation des enfants qui présentent des blessures ou des problèmes de santé mentale. Les professionnels qualifiés devraient aussi se familiariser avec le contexte culturel dans lequel les enfants grandissent pour s'assurer que leurs besoins en matière de sécurité, de soins et de protection sont satisfaits, indépendamment des pratiques culturelles adoptées. Les interventions destinées aux enfants maltraités et aux familles négligentes devraient aussi être guidées par un ensemble commun de normes :

- Identifier qui et ce qui contribue aux problèmes;
- Bâtir une alliance thérapeutique avec la famille;
- Établir des objectifs raisonnables et concrets en collaboration avec la famille;
- Superviser attentivement la situation et modifier le plan si nécessaire;
- S'assurer que les besoins des enfants sont satisfaits;
- Collaborer avec les autres professionnels impliqués.

La violence physique à l'égard des enfants : un tour d'horizon

Cindy W. Christian, M.D.

University of Pennsylvania, États-Unis

Février 2012

Introduction

Le contexte social dans lequel un enfant évolue a une incidence profonde sur sa santé et son bien-être. Pour les enfants des quatre coins du monde, peu de problèmes d'ordre social causent autant de torts à leur santé que la violence et la négligence. Peu importe le type de maltraitance infligée à un enfant, elle peut avoir des répercussions physiques et psychologiques importantes pour le reste de la vie.¹ Bien qu'elle paraisse simple, la définition de la violence physique est variable. Selon l'Organisation mondiale de la santé, la violence physique envers un enfant s'entend de l'usage intentionnel de la force physique qui entraîne ou risque fortement d'entraîner un préjudice pour la santé de l'enfant, sa survie, son développement ou sa dignité.² Du point de vue juridique, pour qu'il y ait eu violence physique, il doit y avoir eu des préjudices physiques; du point de vue gouvernemental, les définitions données à la violence et à la négligence ne sont pas uniformes. Certaines définitions de la violence physique ne comprennent pas l'intention de l'auteur de l'acte, tandis que d'autres portent sur les motifs au lieu du type de blessures.³ De plus, les définitions de la violence physique sont établies en fonction de la culture; ce qui est jugé violent dans une société ne l'est pas nécessairement dans une autre.^{4,5} Dans bien des sociétés, le recours à la violence physique à l'égard des enfants comme mesure disciplinaire est accepté par les enfants, sanctionné par les institutions publiques (telles que les écoles) et permis par la loi.

Il n'y a pas d'estimations fiables à l'échelle mondiale sur la prévalence de la violence physique. En plus des difficultés posées par le manque d'uniformité dans les définitions, dans bien des pays, on ne recueille pas de données épidémiologiques. Dans les pays qui gardent un suivi de la maltraitance à l'égard des enfants, les rapports officiels ne reflètent pas la véritable prévalence.^{6,7,8} La mesure de la violence physique est remplie de défis sur le plan méthodologique. L'incidence et la prévalence vont varier selon la méthode de surveillance utilisée pour définir et dépister le problème.⁹ Nombre d'enfants maltraités ne sont pas portés à l'attention des organismes publics et ne figurent par conséquent pas dans les statistiques officielles. Même quand les enfants violentés sont amenés chez des professionnels de la santé ou de la protection de l'enfance, il se peut que les personnes en place pour aider l'enfant ne reconnaissent pas ou ignorent la violence.^{10,11} On estime qu'environ 40 millions d'enfants dans le monde sont victimes de maltraitance, et la recherche récente sur les populations suggère qu'environ 125 enfants américains sur 1 000 se trouvent dans la même situation.^{12,13}

La violence à l'égard des enfants est provoquée par une interaction complexe entre la personne, la famille et les facteurs de risque sociaux. On croit généralement qu'un certain nombre de variables augmentent le risque de violence physique envers les enfants, notamment la pauvreté, la toxicomanie, la monoparentalité, la

composition du ménage, le bas âge de la mère, la dépression parentale ou d'autres maladies mentales chez les parents, ainsi que la violence familiale.¹⁴⁻¹⁹ Il y a des données sur les facteurs de risque liés à des formes particulières de violence physique. Par exemple, le plus souvent, les traumatismes crâniens imputables à la violence sont causés par des hommes,²⁰ et le taux de mortalité infantile attribuable à la violence est exceptionnellement élevé chez les jeunes enfants vivant dans un ménage où habite un adulte non apparenté.²¹ Bien que l'association entre certains de ces facteurs de risque et la maltraitance des enfants soit claire, il faut que les facteurs de risque soient vus comme des indicateurs au sens large, et non pas des déterminants individuels solides de violence. Il est aussi important de comprendre l'épidémiologie de la violence envers les enfants afin d'élaborer des politiques gouvernementales ainsi que des stratégies d'intervention et de prévention. Malgré cela, un professionnel de la santé ne peut pas se fier aux facteurs de risque fondés sur la population pour déterminer si l'enfant sous ses yeux est victime de violence physique.

Répercussions de la violence physique envers les enfants

Les victimes de violence courent un risque élevé d'avoir une mauvaise santé, non seulement à cause des traumatismes physiques qui leur ont été infligés, mais aussi du taux élevé d'autres facteurs de risque sociaux afférents.²² Les enfants violentés ont un taux élevé de problèmes de croissance, de troubles de vision et de santé buccodentaire non traités, de maladies infectieuses, de retards de développement, de troubles de santé mentale et de comportement, d'activité sexuelle précoce et à risque, et d'autres maladies chroniques, mais les réseaux de protection de l'enfance et les systèmes de santé ne répondent traditionnellement pas aux besoins en matière de santé des enfants à charge.²³⁻³³ Par comparaison aux enfants en milieu d'accueil, les enfants violentés qui demeurent dans leur foyer manifestent un même taux élevé de besoins liés à la santé physique, au développement et à la santé mentale.³⁴

Les formes, les schémas et la gravité de la violence physique envers les enfants varient en fonction de l'âge. Bien que la violence physique soit plus courante chez les enfants plus âgés, les victimes les plus jeunes – les nourrissons et les tout-petits – ont le taux de mortalité associée à la violence physique le plus élevé.³⁵ Elles sont les plus vulnérables en raison de leur immaturité sur le plan physique et de leur relative invisibilité sur le plan social.² La morbidité causée par la violence physique est élevée chez les jeunes victimes, en raison des conséquences physiques des traumatismes ainsi que des répercussions physiques et psychologiques sur le développement du cerveau durant la petite enfance.

Les conséquences pour la santé publique de la violence physique envers les enfants sont considérables, et perdurent jusqu'à l'âge adulte. Des études rétrospectives et prospectives récentes ont montré de fortes associations entre des événements traumatiques cumulatifs durant l'enfance, tels que la maltraitance et le dysfonctionnement familial, et des maladies physiques à l'âge adulte, telles que la cardiopathie, les maladies du foie, les affections auto-immunes et les infections transmissibles sexuellement.³⁶⁻⁴¹ La maladie mentale et la consommation de médicaments psychotropes sont aussi supérieures chez les adultes qui ont été violentés durant l'enfance.⁴²⁻⁴⁵

Les nouvelles études scientifiques améliorent nos connaissances sur les voies biologiques causales de ces associations solides.⁴⁶ Les traumatismes durant la petite enfance, y compris la violence physique, mènent à la sécrétion d'hormones de stress, comme le cortisol et l'adrénaline, qui sont normalement protectrices, mais qui peuvent devenir toxiques en cas de traumatismes graves ou persistants.^{47,48} Ces hormones de stress régulent

les circuits neuronaux qui sont importants pour moduler la réaction au stress et qui, au fil du temps, sont associés à des changements structurels et fonctionnels du cerveau et d'autres organes. Influencés aussi par les épigénomes, ces changements sont liés à une dégradation de la capacité de l'enfant à régir à de futurs agents de stress biologique et environnemental. Ils augmentent également le risque de maladie physique et mentale à l'âge adulte.⁴⁹⁻⁵² Ces nouvelles recherches font ressortir la nécessité d'élaborer et de mettre à l'essai des stratégies énergiques de prévention et d'intervention précoce pour les enfants qui ont été victimes de violence physique grave.

Reconnaissance de la violence physique

Les blessures causées par la violence ne sont pas toujours apparentes ni diagnostiquées, et il peut être difficile de déterminer un cas de violence physique à l'égard d'un enfant. L'histoire fournie par les parents ou un autre adulte responsable est souvent inexacte, soit parce que l'adulte n'est pas au courant de ce qui s'est véritablement passé, soit parce qu'il est l'auteur de la violence et ne veut pas fournir un compte rendu juste des événements. Les victimes d'un acte de violence physique grave sont souvent trop jeunes ou en trop mauvais état pour raconter leur agression. Si elles sont assez âgées, il se peut qu'elles aient peur de le faire. Les auteurs de l'acte de violence pourraient raconter une fausse version des faits à un médecin sans méfiance. Pour identifier et protéger les enfants violentés, il faut toujours avoir la puce à l'oreille. Les blessures chez des nourrissons qui ne marchent pas, celles qui sont inexplicables par l'histoire rapportée, celles qui sont multiples ou qui présentent un schéma, et celles qui atteignent plusieurs organes devraient toujours soulever des doutes. Les blessures causées par la violence envers les enfants se remarquent le plus souvent sur la peau, mais les blessures les plus graves se situent au cerveau, à l'abdomen et aux organes internes.^{53,54} Une seule blessure ne mène pas à un diagnostic de violence, mais certains schémas de traumatisme peuvent être grandement indicateurs de maltraitance. Il est toutefois important de reconnaître qu'il y a un diagnostic différentiel pour toute blessure possible. En conséquence, il faut une évaluation objective et exhaustive avant de diagnostiquer avec une assez grande certitude un cas de violence.⁵⁵

Implications pour les politiques

La violence physique envers les enfants constitue un problème social qui affecte de grands segments de la population pédiatrique dans le monde. Bien que les effets directs de la violence physique sur la santé des enfants soient documentés, que l'on sache que les traumatismes durant la petite enfance sont un prédicteur prépondérant de la morbidité adulte et de la mortalité précoce, et que les coûts du financement des systèmes sociaux et juridiques nécessaires pour faire enquête sur les cas de violence, pour protéger les enfants, pour tenir les auteurs responsables et pour traiter les familles affectées soient énormes, les ressources publiques disponibles n'ont pas abordé le problème de manière satisfaisante. Les organismes de protection de l'enfance aux États-Unis continuent à recevoir le signalement de plus de trois millions de cas soupçonnés de violence par année, mais ils ne mènent une enquête que pour environ les deux tiers d'entre eux.⁵⁶ Après enquête, une minorité de rapports mènent à la confirmation de la violence¹⁰ et les traitements efficaces pour l'enfant et la famille sont limités. À n'importe quel moment, plus d'un demi-million d'enfants américains se retrouvent en foyer d'accueil et, annuellement, plus de 800 000 enfants transitent par le système d'accueil.⁵⁷ Près de 30 000 jeunes adultes quittent le système d'accueil sans avoir noué une relation de famille durable.⁵⁸ Malgré les milliards de dollars affectés annuellement aux services de protection de l'enfance à domicile pour les familles violentes et négligentes et pour les placements en milieu familial,⁵⁹ l'efficacité des services normaux de

protection de l'enfance reste en grande partie non prouvée.

Les données sur la prévention, le repérage précoce et le traitement sont éloquentes, mais les enfants n'ont pas d'influence politique, et les solutions requièrent des programmes complets bénéficiant d'une véritable collaboration entre la protection à l'enfance, les autorités policières, les tribunaux, la santé et l'éducation. Peu de programmes de prévention ont subi d'évaluation rigoureuse et seulement quelques-uns se sont avérés efficaces.^{60,61} Les programmes de prévention du secteur de la santé, y compris les programmes de sensibilisation des parents visant à réduire le taux de traumatisme crânien causé par la violence, et l'amélioration des pratiques de soins ambulatoires des médecins pour aider les familles à réduire les facteurs de risque de maltraitance des enfants ont montré de bons résultats initiaux, mais il faut poursuivre l'évaluation.^{62,63} Des programmes de visite à domicile intensifs, tels que les programmes de visite par une infirmière pour les femmes venant d'avoir leur premier enfant, se sont montrés efficaces sur le plan clinique et économique pour prévenir la maltraitance.^{64,65} Toutefois, un programme de visite à domicile par une infirmière s'est avéré inefficace comme modèle de traitement pour les familles violentes et négligentes, ce qui fait ressortir l'importance de la prévention primaire ainsi que la nécessité d'évaluer rigoureusement les traitements possibles pour les familles violentes.⁶⁶ Les services de protection de l'enfance sont traditionnellement structurés pour mener des interventions à court terme afin de suivre les familles pour éviter la récurrence, d'offrir une formation aux parents et d'aider à faire l'aiguillage vers les services communautaires. La protection de l'enfance met l'accent sur la prévention de la récurrence de la violence, et moins sur la prévention des préjudices à l'enfant et à la famille, pourtant toutes d'importantes mesures de résultats. Peu de recherches ont porté sur les traitements pour réduire les préjudices chez les enfants qui ont été victimes de violence physique, mais quelques programmes, comme la thérapie d'interaction parents-enfant, se sont montrés prometteurs pour prévenir la récurrence de la violence physique.^{67,68}

Les stratégies futures pour prévenir la violence physique envers les enfants et protéger ces derniers contre d'autres préjudices nécessitent une approche en matière de santé publique. La réduction du taux de maltraitance, le soutien aux familles en difficulté et l'amélioration du sort des victimes durant l'enfance et à l'âge adulte exigent des stratégies à l'échelle de la collectivité et une véritable collaboration entre les collègues des services de protection de l'enfance, des services juridiques, de l'éducation, de la santé et de la santé mentale afin de défendre des programmes qui ont été correctement mis à l'épreuve et qui se sont avérés efficaces. Enfin, il ne sera possible de réduire le nombre de cas de violence envers les enfants qu'une fois que les stratégies politiques seront convaincus qu'il vaut nettement mieux prévenir que guérir.

Références

1. Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: the adverse childhood experiences (ACE) study. *Am J Prev Med* 1998;14:245-58.
2. Butchart A, Harvey AP, Mian M, Furniss T. Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence, World Health Organization. Available at: http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241594365_eng.pdf. Accessed January 9, 2012.
3. Southall DP, Samuels MP, Golden MH. Classification of child abuse by motive and degree rather than type of injury. *Arch Dis Child*. 2003;88(2):101-104.
4. Runyan DK, Shankar V, Hassan F, Hunter WM, Jain D, Paula CS, Bangdiwala SI, Ramiro LS, Muñoz SR, Vizcarra B, Bordin IA. International variations in harsh child discipline. *Pediatrics* 2010;126(3):e701-11.
5. Maker AH, Shah PV, Agha Z. Child physical abuse: prevalence, characteristics, predictors, and beliefs about parent-child violence in South Asian, Middle Eastern, East Asian, and Latina women in the United States. *J Interpers Violence*. 2005;20:1406-28.

6. Theodore AD, Chang JJ, Runyan DK, Hunter WM, Bangdiwala SI, Agans R. Epidemiologic features of the physical and sexual maltreatment of children in the Carolinas. *Pediatrics*. 2005;115(3).
7. Herman-Giddens ME, Brown G, Verbiest S, et al. Underascertainment of child abuse mortality in the United States. *JAMA* 1999;282:463-7.
8. Schnitzer PG, Covington TM, Wirtz SJ, Verhoek-Oftedahl W, Palusci VJ. Public Health Surveillance of Fatal Child Maltreatment: Analysis of 3 State Programs. *Am J Public Health*. 2008;98(2):296–303.
9. Keenan HT, Leventhal JM. The evolution of child abuse research. In RM Reece, CW Christian (Eds). *Child Abuse Medical Diagnosis and Management*, 3rd Ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; 2009:1-18.
10. Gilbert R, Kemp A, Thoburn J, Sidebotham P, Radford L, Glaser D, Macmillan HL. Recognising and responding to child maltreatment. *Lancet* 2009;373:167-80.
11. Sege RD, Flaherty EG. Forty years later: inconsistencies in reporting of child abuse. *Arch Dis Child* 2008;93:822-4.
12. Krug EG, Mercy JA, Dahlberg LL, Zwi AB (eds). *World Report on Violence and Health*. World Health Organization, Geneva, 2002.
13. Finkelhor D, Ormrod R, Turner H, Hamby SL. The victimization of children and youth: a comprehensive, national survey. *Child Maltreatment* 2005;10:5-25.
14. Sedlak AJ, Mettenburg J, Basena M, Petta I, McPherson K, Greene A, Li S. Fourth National Incidence Study of Child Abuse and Neglect (NIS-4): Report to Congress. 2010 Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, Administration for Children and Families.
15. Chaffin M, Kelleher K, Hollenberg J. Onset of physical abuse and neglect: psychiatric substance abuse, and social risk factors from prospective community data. *Child Abuse Negl* 1996;20:191-203.
16. Brown J, Cohen P, Johnson JG, Salzinger S. A longitudinal analysis of risk factors for child maltreatment: findings of a 17-year prospective study of officially recorded and self-reported child abuse and neglect. *Child Abuse Negl* 1998;22:1065-78.
17. Walsh C, MacMillan HL, Jamieson E. The relationship between parental substance abuse and child maltreatment: findings from the Ontario Health Supplement. *Child Abuse Negl* 2003;27:1409-25.
18. McGuigan WN, Pratt CC. The predictive impact of domestic violence on three types of child maltreatment. *Child Abuse Negl* 2001;25:869-83.
19. Rumm PD, Cummings P, Krauss MR, Bell MA, Rivara FP. Identified spouse abuse as a risk factor for child abuse. *Child Abuse Negl* 2000;24:1375-81.
20. Starling SP, Holden JR, Jenny C. Abusive head trauma: the relationship of perpetrators to their victims. *Pediatrics* 1995;95:259-62.
21. Schnitzer PG, Ewigman BG. Child deaths from inflicted injuries: household risk factors and perpetrator characteristics. *Pediatrics* 2005;116:e687-93.
22. Leslie LK, Gordon JN, Meneken L, Premji K, Michelmore KL, Ganger W. The physical, developmental, and mental health needs of young children in child welfare by initial placement type. *J Dev Behav Pediatr* 2005;26:177-85.
23. Simms MD, Dubowitz H, Szilagyi MA. Health care needs of children in the foster care system. *Pediatrics* 2000;106:909-18.
24. Chernoff R, Combs-Orme T, Riskey-Curtiss C, Heisler A. Assessing the health status of children entering foster care. *Pediatrics* 1994;93:594-601.
25. Hochstadt NJ, Jaudes PK, Zimo DA, Schacter J. The medical and psychosocial needs of children entering foster care. *Child Abuse Negl* 1987;2:53-62.
26. Halfon N, Mendonca A, Berkowitz G. Health status of children in foster care. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1995;149:386-92.
27. Flaherty EG, Weiss H. Medical evaluation of abused and neglected children. *Am J Dis Child*. 1990;144:330-334.
28. Steele JS, Buchi KF. Medical and mental health of children entering the Utah foster care system. *Pediatrics* 2008;122:e703-709.
29. Jee SH, Barth RP, Szilagyi MA. Factors associated with chronic conditions among children in foster care. *J Health Care for the Poor and Underserved* 2006;17:328-31.
30. Takayama JI, Wolfe E, Coulter KP. Relationship between reason for placement and medical findings among children in foster care. *Pediatrics* 1998;101:201-7.
31. Ahrens KR, Richardson LP, Courtney ME, McCarty C, Simoni J, Katon W. Laboratory-diagnosed sexually transmitted infections in former foster youth compared with peers. *Pediatrics* 2010;126:e97-e103.
32. Clausen JM, Landsverk J, Ganger W, Chadwick D, Litrownik A. Mental health problems of children in foster care. *J Child Fam Stud* 1998;7:283-96.
33. McMillen JC, Zima BT, Scott LD Jr, Auslander WF, Munson MR, Ollie MT, Spitznagel EL. The prevalence of psychiatric disorders among

older youths in the foster care system. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2005;44:88-95.

34. Leslie LK, Gordon JN, Meneken L, Premji K, Michelmore KL, Ganger W. The physical, developmental, and mental health needs of young children in child welfare by initial placement type. *J Dev Behav Pediatr* 2005;26:177-85.
35. Child Welfare Information Gateway. (2011). Child abuse and neglect fatalities 2009: Statistics and interventions. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, Children's Bureau.
36. Hillis SD, Anda RF, Dube SR, Felitti VJ, Marchbanks PA, Marks JS. The association between adverse childhood experiences and adolescent pregnancy, long-term psychosocial consequences, and fetal death. *Pediatrics* 2004;113:320-7.
37. Gilbert R, Widom CS, Browne K, Fergusson D, Webb E, Janson S. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet* 2009;373:68-81.
38. Dong M, Giles WH, Felitti VJ, Dube SR, Williams JE, Chapman DP, Anda RF. Insights into causal pathways for ischemic heart disease: adverse childhood experiences study. *Circulation* 2004;110:1761-66.
39. Dube SR, Fairweather D, Pearson WS, Felitti VJ, Anda RF, Croft JB. [Cumulative childhood stress and autoimmune disease](#). *Psychom Med* 2009;71, 243-50.
40. Dong M, Dube SR, Felitti VJ, Giles WH, Anda RF. Adverse childhood experiences and self-reported liver disease: new insights into the causal pathway. *Archives Internal Med*, 2003;163:1949-56.
41. Hillis SD, Anda RF, Felitti VJ, Nordenberg D, Marchbanks PA. [Adverse childhood experiences and sexually transmitted diseases in men and women: a retrospective study](#). *Pediatrics* 2000;106:E11.
42. Horwitz AV, Widom CS, McLaughlin J, White HR. The impact of childhood abuse and neglect on adult mental health: a prospective study. *J Health Soc Behav* 2001;42:184-201.
43. Schilling EA, Aseltine RH Jr, Gore S. Adverse childhood experiences and mental health in young adults: a longitudinal survey. *BMC Public Health* 2007;7:30.
44. Edwards VJ, Holden GW, Anda RF, Felitti VJ. [Experiencing Multiple Forms of Childhood Maltreatment and Adult Mental Health: Results from the Adverse Childhood Experiences \(ACE\) Study](#). *Amer J Psychiatry* 2003;160:1453-1460.
45. Anda RF, Brown DW, Felitti VJ, Bremner JD, Dube SR, Giles WH. [Adverse childhood experiences and prescribed psychotropic medications in adults](#). *Am J Prev Med* 2007 May;32:389-94.
46. Shonkoff JP, Thomas Boyce W, McEwen BS. Neuroscience, molecular biology, and the childhood roots of health disparities: Building a new framework for health promotion and disease prevention. *JAMA* 2009;301:2252-9.
47. McEwen BS. The protective and damaging effects of stress mediators. *N Engl J Med* 1998;338:171-9.
48. McEwen BS. The neurobiology of stress: from serendipity to clinical relevance. *Brain Res* 2000;886:172-89.
49. National Scientific Council on the Developing Child (2005). Excessive stress disrupts the architecture of the developing brain: Working Paper No. 3.
50. Hanson JL, Chung MK, Avants BB, Shirtcliff EA, Gee JC, Davidson RJ, Pollak SD. Early stress is associated with alterations in the orbitofrontal cortex: A tensor-based morphometry investigation of brain structure and behavioral risk. *J Neuroscience* 2010;30:7466-72.
51. Gunnar MR, Fisher PA; Early experience, stress, and Prevention Network. Bringing basic research on early experience and stress neurobiology to bear on preventive interventions for neglected and maltreated children. *Dev Psychopathol* 2006;18:651-77.
52. National Scientific Council on the Developing Child (2010). Early experiences can alter gene expression and affect long-term development: Working Paper No. 10
53. Reece RM, Christian CW (Eds). *Child Abuse Medical Diagnosis and Management*, 3rd Ed. American Academy of Pediatrics, Elk Grove Village, IL, 2009.
54. Jenny C. Child abuse and neglect diagnosis, treatment and evidence. Saunders, St. Louis, 2011.
55. Hymel KP, Boos S. Conditions mistaken for child physical abuse. In: RM Reece, CW Christian (Eds). *Child abuse medical diagnosis and management*, 3rd Ed. American Academy of Pediatrics, Elk Grove Village, IL, 2009, p. 227-255.
56. Tumlin KC, Geen R. The decision to investigate: Understanding state child welfare screening policies and practices. The Urban Institute Assessing the New Federalism. Series A-38, May 2000.
57. U.S. Department of Health and Human Services. The AFCARS Report: Preliminary Estimates for FY 2005 as of September 2006 [Online]. Administration for Children and Families, Administration on Children, Youth and Families. Children's Bureau. Available at: http://www.acf.hhs.gov/programs/cb/stats_research/afcars/tar/report16.htm. Accessed January 9, 2012.
58. Fostering Connections Resource Center. Available at: http://www.fosteringconnections.org/about_the_law?id=0001. Accessed January 9,

2012.

59. Scarcella CA, Bess R, Zielewski EH, Warner L, Geen R. The cost of protecting vulnerable children IV. The Urban Institute Assessing the New Federalism, 2004.
60. Fergusson DM, Grant H, Horwood LJ, Ridder EM. Randomized trial of the Early Start program of home visitation. *Pediatrics* 2005; 116: e803–09.
61. Macmillan HL, Wathen CN, Barlow J, Fergusson DM, Leventhal JM, Taussig HN. Interventions to prevent child maltreatment and associated impairment. *Lancet* 2009;373:250-66.
62. Dias MS, Smith K, DeGuehery K, Mazur P, Li V, Shaffer ML. Preventing abusive head trauma among infants and young children: a hospital-based, parent education program. *Pediatrics* 2005; 115: e470–77.
63. Dubowitz H, Feigelman S, Lane W, Kim J. Pediatric primary care to help prevent child maltreatment: the Safe Environment for Every Kid (SEEK) model. *Pediatrics* 2009;123:858-64.
64. Olds DL, Henderson CR, Chamberlin R, Tatelbaum R. Preventing child abuse and neglect: A randomized trial of nurse home visitation. *Pediatrics* 1986;78(1):65- 78.
65. Olds DL, Eckenrode J, Henderson CR, et al. Long-term effects of home visitation on maternal life course and child abuse and neglect: Fifteen-year follow-up of a randomized trial. *JAMA* 1997;278:637-643.
66. Macmillan HL, Tomas BH, Jamieson E, Walsh CA, Boyle MH, Shannon HS, Gafni A. Effectiveness of home visitation by public-health nurses in prevention of the recurrence of child physical abuse and neglect: a randomized controlled trial. *Lancet* 2005;365:1786-93.
67. Barlow J, Johnston I, Kendrick D, Polnay L, Stewart-Brown S. Individual and group-based parenting programmes for the treatment of physical child abuse and neglect. *Cochrane Database Syst Rev* 2006; 3: CD005463.
68. Chaffin M, Silovsky JF, Funderburk B, Valle LA, Brestan EV, Balachova T, Jackson S, Lensgraf J, Bonner BL. Parent-child interaction therapy with physically abusive parents: efficacy for reducing future abuse reports. *J Consult Clin Psychol* 2004; 72: 500–10.

La négligence à l'égard des enfants : un tour d'horizon

Howard Dubowitz, M.D., M.S., Gina Poole, B.A.

University of Maryland, School of Medicine, États-Unis

Février 2012

Introduction

La négligence est de loin la forme de maltraitance des enfants la plus courante signalée au système de protection de l'enfance aux États-Unis; 78 % des signalements en 2009 étaient des cas de négligence.¹ Les répercussions à court et à long termes associées à la négligence sont souvent graves et comprennent des décès, des changements psychologiques dans le cerveau, des troubles scolaires, des comportements criminels et des troubles de santé mentale. En 2009, près de 75 % des décès attribués à la maltraitance d'enfants impliquaient de la négligence.¹ Par surcroît, la négligence envers les enfants impose un énorme fardeau économique à la société. Une estimation modeste récente des coûts associés à la maltraitance d'enfants excédait les 100 milliards de dollars par an, dont une bonne partie était attribuable à la négligence.²

Sujet

En général, le système de protection de l'enfance estime qu'il y a négligence quand les parents omettent de prendre soin de leur enfant et que cela cause ou pourrait causer des torts. Dans une autre optique, le système peut s'attarder aux besoins non satisfaits de l'enfant, aux nombreux facteurs éventuels ayant pu contribuer à la situation (p. ex. : manque d'accès à des soins de santé) et au comportement des parents.³ Cette dernière approche s'inscrit dans le cadre de la perspective de l'écologie du développement selon laquelle aucun facteur ne contribue à lui seul à la négligence; il y a au contraire de multiples facteurs qui interviennent chez l'enfant, les parents, la famille, la collectivité et la société.

La négligence ne se limite souvent pas à un acte distinct. Elle fonctionne plutôt comme une tendance qui s'inscrit dans un continuum de soins allant d'un niveau optimal, où tous les besoins de l'enfant sont satisfaits, à un niveau extrêmement préjudiciable, où les besoins de l'enfant ne sont nullement satisfaits. De plus, vu que, par définition, la négligence peut varier sur la forme, la gravité et la chronicité, elle représente un phénomène clairement hétérogène.

Une définition de la négligence axée sur l'enfant offre plusieurs avantages.³ D'abord, au lieu de faire porter le blâme sur les parents, une telle définition met en relief les besoins de l'enfant (p. ex. : avoir assez de nourriture). Ensuite, comme la plupart des enfants négligés demeurent avec leurs dispensateurs de soins, une approche axée sur l'enfant permet une plus grande relation de collaboration entre les professionnels et les dispensateurs. Enfin, cette approche reflète une théorie écologique conformément à laquelle il y a de multiples facteurs interdépendants qui contribuent à la négligence; il ne s'agit pas simplement de parents qui ne

s'occupent pas de leurs enfants.

Intention. La négligence à l'égard des enfants n'est généralement pas volontaire de la part des parents. Il peut y avoir une série de facteurs qui les empêchent de s'occuper convenablement de leurs enfants. En pratique, il est difficile d'évaluer l'intention et une telle démarche ne sert pas à trouver des solutions à la négligence. En fait, elle peut être nuisible si elle conduit les professionnels à éprouver de la colère à l'égard des parents négligents.

Culture. Selon la recherche, il y aurait un niveau de consensus remarquable entre les membres de différentes collectivités au sujet de ce qui définit la négligence. Par exemple, on a relevé peu de différences lors de l'examen du point de vue des Afro-Américains et des Blancs, des adultes en milieu rural et de ceux en milieu urbain, des personnes à faible revenu et de celles à revenu moyen au sujet du minimum de soins appropriés à prodiguer aux enfants.^{4,5} Dans le même ordre d'idées, la Convention des Nations unies relative aux droits de l'enfant constitue un témoignage éloquent de ce que différents pays et sociétés considèrent comme étant les besoins et les droits de base des enfants. Seuls deux pays, les États-Unis et la Somalie, n'ont pas ratifié cette convention. Malgré cela, il existe toute une panoplie de pratiques parentales entre les cultures. Il faut les comprendre et bien les évaluer avant de tirer des conclusions concernant la négligence.⁶

Problème : les effets de la négligence sur les enfants

La négligence à l'égard des enfants peut avoir de graves répercussions sur la santé physique d'un enfant, son bien-être psychologique, ses facultés cognitives, ses aptitudes scolaires et son développement social. La gravité, le moment et la chronicité de la négligence influencent la portée des conséquences négatives sur l'enfant. Le développement de l'enfant se fait de manière cumulative par définition, de sorte que sa capacité à accomplir de nouvelles tâches développementales se fonde sur l'atteinte d'étapes antérieures du développement. L'enfant qui est négligé en bas âge pourrait avoir des déficiences et ainsi éprouver des difficultés aux tâches développementales subséquentes.⁷

La recherche suggère aussi que les conséquences de la négligence sont tout autant néfastes que celles de la violence physique. Par exemple, une étude a relevé que les enfants négligés avaient un corps calleux plus petit que ceux des groupes de contrôle et de référence.⁸ Comparativement à leurs pairs non violentés, les enfants d'une autre étude qui avaient vécu de la négligence psychologique en bas âge obtenaient des résultats sensiblement inférieurs aux évaluations des connaissances durant les six premières années d'école.⁹ De surcroît, bien que tant les enfants violentés que négligés réussissent moins bien à l'école, les enfants négligés accusent de plus grands retards à l'école que les enfants violentés.¹⁰ Ces déficits cognitifs semblent aussi perdurer. Dans une étude de suivi longitudinale, les adultes qui avaient été violentés ou négligés à l'enfance réussissaient moins bien aux tests d'intelligence et d'évaluation des capacités de lecture que les adultes n'ayant pas connu la violence ou la négligence.¹¹

Souvent, les enfants négligés ont aussi de la difficulté sur le plan social. À l'âge préscolaire et durant la phase intermédiaire de l'enfance, les enfants négligés sont plus susceptibles d'être surs sur le plan social et d'avoir des interactions négatives avec leurs pairs.^{9,12} De plus, les enfants négligés peuvent éprouver d'importants problèmes d'intériorisation, tels que le retrait social, les plaintes somatiques, l'anxiété et la dépression, si on les compare à des enfants victimes d'agression physique et sexuelle.⁸ De manière analogue aux adultes ayant

vécu des sévices, les adultes ayant connu la négligence sont plus susceptibles d'adopter un comportement violent.¹³

Facteurs contribuant à la négligence à l'égard des enfants

De multiples facteurs interdépendants contribuent à la négligence envers les enfants. Le modèle écologique du développement de Belsky¹⁴ met en lumière trois contextes où sévit la maltraitance : (1) le contexte lié au développement et aux traits psychologiques, qui comprend les caractéristiques des parents et de l'enfant, les antécédents du développement des parents et la transmission de la maltraitance d'une génération à l'autre; (2) le contexte des interactions immédiates, qui comprend le comportement des parents et les tendances des interactions entre les parents et l'enfant; et (3) le contexte pris au sens large, qui comprend le soutien de la collectivité et de la société, le statut socio-économique, le voisinage, les normes sociales et les influences culturelles. Il est important de retenir que ces facteurs entrent souvent en interaction et qu'il n'y a pas qu'une seule voie menant à la négligence envers les enfants.

Repérage de la négligence

Le repérage de la négligence doit être guidé par des lois précises et être établi (1) si les besoins de base de l'enfant sont insatisfaits et (2) s'il y a eu ou aurait pu y avoir des torts.¹⁵ Parmi les besoins de base insatisfaits, on retrouve par exemple des soins de santé inadéquats ou tardifs, une alimentation déficiente, des soins physiques inadéquats (p. ex. : une mauvaise hygiène personnelle, des vêtements inappropriés), des conditions de vie dangereuses ou instables, une supervision inadéquate et une carence d'attention affective. Il faut une évaluation exhaustive pour comprendre la nature et le contexte de la négligence, ce qui est essentiel pour déterminer l'intervention la plus appropriée.

Il est aussi important de prendre en considération les pratiques culturelles au moment d'évaluer un cas éventuel de négligence. Terao et coll.¹⁶ offrent un modèle de prise de décision en six étapes utile pour faire la distinction entre la maltraitance d'un enfant et des pratiques parentales guidées par la culture. Le fait de comprendre le contexte culturel aidera les cliniciens à déterminer la meilleure façon de réagir.

Prévention et intervention

Une variété de démarches semblent prometteuses pour aider à prévenir la négligence. Des programmes particuliers de visite à domicile, surtout avec des infirmières qui aident les parents pendant la grossesse puis après la naissance de l'enfant, ont été évalués attentivement.¹⁷⁻¹⁹ Des programmes de soutien au rôle parental, tels que les interventions Triple P, offrent aussi un encadrement utile et peuvent être efficaces. Un autre exemple est celui de modèle de soins pédiatriques primaires « Safe Environment for Every Kid » (SEEK) [un environnement sécuritaire pour chaque enfant].²¹ En misant sur la relation entre le pédiatre et la famille, le modèle SEEK permet de repérer les facteurs de risque prévalents, comme la dépression d'un parent, et de trouver des solutions. Toutes ces interventions visent à renforcer les familles, à soutenir les parents et à améliorer la santé des enfants, leur développement et leur sécurité.

Pour les familles où il y a déjà eu négligence, les interventions visent à en prévenir la récurrence ainsi que les conséquences néfastes qui peuvent en découler. Le modèle SafeCare constitue un exemple de programme

d'intervention qui peut réduire la récurrence, mais il faut approfondir la recherche pour en déterminer l'efficacité.²² L'intervention spécifique doit être adaptée en fonction des besoins et des forces de chaque enfant et famille. Les circonstances varient grandement, mais certains principes de base reviennent : (1) examiner les facteurs qui contribuent au problème; (2) forger une alliance d'aide avec la famille; (3) fixer des objectifs clairs et des stratégies pour les atteindre; (4) suivre attentivement la situation et modifier le plan au besoin; (5) répondre aux besoins particuliers des enfants négligés et des autres enfants du foyer; et (6) veiller à ce que les interventions soient coordonnées en collaboration efficace avec les professionnels concernés.

Défense des intérêts

La défense des intérêts doit se faire à plusieurs niveaux, comme l'illustrent les exemples suivants : (1) au niveau de l'enfant – par exemple, expliquer aux parents qu'ils ne vont pas montrer une trop grande indulgence à l'égard de leur nourrisson en répondant à ses pleurs est un exemple de défense des intérêts d'un enfant qui ne parle pas encore; (2) au niveau des parents – aider une mère dépressive à obtenir des soins de santé mentale ou encourager le père à être davantage présent dans la vie de l'enfant; (3) au niveau communautaire – soutenir les efforts pour développer des ressources familiales communautaires; (4) au niveau de la société – soutenir les politiques et programmes du gouvernement comme ceux qui réduisent l'accès aux soins de santé, aux prestations alimentaires et aux garderies subventionnées.

Implications pour les politiques

Bon nombre de politiques gouvernementales contribuent à prévenir la négligence. Il est primordial de réduire la pauvreté et les fardeaux qu'elle occasionne. La pauvreté est le facteur de risque le plus important qui peut compromettre la santé des enfants, leur développement et leur sécurité. Il faut d'autres politiques pour assurer des ressources suffisantes visant à aborder les principaux facteurs de risque qui favorisent la négligence. Des politiques de travail souples qui permettent aux mères et aux pères de trouver un équilibre entre le travail et leurs exigences parentales sont grandement nécessaires. Enfin, comme dernier exemple, il y a le besoin de diffuser des programmes sur l'art d'être parent fondés sur des données probantes. De tels programmes sont absolument nécessaires pour aider à préparer et à guider bien des parents, qui se démènent pour répondre aux besoins de leurs enfants.

Références

1. Children's Bureau USD of H and HS. Child Maltreatment 2009. 2010. Available at: <http://www.acf.hhs.gov/programs/cb/pubs/cm09/cm09.pdf#page=58>. Accessed January 9, 2012.
2. Wang C-T, Holton J. *Total estimated cost of child abuse and neglect in the United States*. Chicago, IL: Prevent Child Abuse America; 2007.
3. Dubowitz H, Newton RR, Litrownik AJ, Lewis T, Briggs EC, Thompson R, English D, Lee LC, Feerick MM. Examination of a conceptual model of child neglect. *Child Maltreatment*. 2005;10(2):173-189.
4. Gaudin JM, Polansky NA, Kilpatrick AC, Shilton P. Loneliness, depression, stress, and social supports in neglectful families. *American Journal of Orthopsychiatry*. 1993;63(4):597-605.
5. Dubowitz H, Klockner A, Starr RH, Black MM. Community and professional definitions of child neglect. *Child Maltreatment*. 1998;3(3):235-243.
6. Korbin JE, Spilsbury JC. Cultural Competence and Child Neglect. In: Dubowitz H, ed. *Neglected Children: Research, Practice and Policy*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 1999:69-88.
7. Manly JT, Kim JE, Rogosch FA, Cicchetti D. Dimensions of child maltreatment and children's adjustment: *Contributions of developmental timing and subtype*. 2001;13(4):759-782.

8. Teicher MH, Dumont NL, Ito Y, Vaituzis C, Giedd JN, Andersen SL. Childhood neglect is associated with reduced corpus callosum area. *Biological Psychiatry* 2004;56(2):80-85.
9. Erickson MF, Egeland B. Child neglect. In: Briere J, Berliner L, Bulkley JA, Jenny C, Reid T, eds. *The APSAC handbook on child maltreatment*. Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications; 1996:4-20.
10. Eckenrode J, Laird M, Doris J. School performance and disciplinary problems among abused and neglected children. *Child Abuse & Neglect* 1993;29(1):53-62.
11. Perez CM, Widom CS. Childhood victimization and long-term intellectual and academic outcomes. *Child Abuse & Neglect* 1994;18(8):617-633.
12. Erickson MF, Egeland B, Pianta R. The effects of maltreatment on the development of young children. In: Cicchetti D, Carlson V, eds. *Child maltreatment: Theory and research on the causes and consequences of child abuse and neglect* : New York: Cambridge University Press; 1989:647-684.
13. Maxfield MG, Widom CS. The cycle of violence. Revisited 6 years later. *Archives of pediatrics & adolescent medicine* 1996;150(4):390-5
14. Belsky J. Etiology of child maltreatment: a developmental-ecological analysis. *Psychological Bulletin* 1993;114(3):413-434.
15. DePanfilis D. How do I determine if a child is neglected? In: Dubowitz H, DePanfilis D, eds. *Handbook for Child Protection Practice*. New York: Sage Publications; 2000:121-126.
16. Terao SY, Borrego JJ, Urquiza AJ. How do I differentiate culturally based parenting practices from child maltreatment? In: Dubowitz H, DePanfilis D, eds. *Handbook for Child Protection Practice*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 2000:97-100.
17. Olds DL, Henderson CR, Kitzman H. Does prenatal and infant nurse home visitation have enduring effects on qualities of parental caregiving and child health at 25 to 50 months of life? *Pediatrics*. 1994;93:89-98.
18. Olds D. The prenatal early infancy project: Preventing child abuse and neglect in the context of promoting maternal and child health. In: Wolfe DA, McMahon RJ, Peters RDeV, eds. *Child abuse: New directions in prevention and treatment across the lifespan*. Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications; 1997:130-154.
19. Olds DL. Preventing crime with prenatal and infancy support of parents: The nurse- family partnership. *Victims and Offenders*. 2007;2:205-225.
20. Prinz RJ, Sanders MR, Shapiro CJ, Whitaker DJ, Lutzker JR. Population-based prevention of child maltreatment: the U.S. Triple p system population trial. *Prevention Science: the official journal of the Society for Prevention Research* 2009;10(1):1-12.
21. Dubowitz H, Feigelman S, Lane W, Kim J. Pediatric primary care to help prevent child maltreatment: the Safe Environment for Every Kid (SEEK) Model. *Pediatrics*. 2009;123(3):858-864.
22. Gershater-Molko RM, Lutzker JR, Wesch D. Using recidivism data to evaluate project safecare: Teaching bonding, safety, and health care skills to parents. *Child Maltreatment*. 2002;7(3):277-285.

L'agression sexuelle d'enfants : un tour d'horizon

¹Delphine Collin-Vézina, Ph.D., ²Lise Milne, M.S.S.

¹Chaire de recherche du Canada de niveau 2 en protection de l'enfance, Canada, ²McGill University, Canada
Février 2012

Introduction

L'agression sexuelle d'enfants (ASE) est une forme de maltraitance reconnue à l'échelle mondiale comme étant une violation grave des droits de la personne. Le présent article fait un tour d'horizon de l'état des connaissances en la matière.

Sujet

On reconnaît maintenant que la définition d'une ASE englobe tant les cas d'abus avec contact que sans contact. L'ASE comprend tout acte de nature sexuelle perpétré contre une personne mineure moyennant l'utilisation de menaces, de force, d'intimidation ou de manipulation. L'éventail d'agressions sexuelles inclut les attouchements, l'invitation lancée à un enfant à toucher ou à se faire toucher sexuellement, les rapports sexuels, le viol, l'inceste, la sodomie, l'exhibitionnisme ou l'implication d'un enfant dans la prostitution ou la pornographie.¹

Problème

Il est difficile d'établir l'ampleur des ASE vu les différences qui prévalent entre les méthodes de collecte de données.² Des données américaines récentes laissent entendre un déclin du nombre de cas d'ASE ayant fait l'objet d'une enquête, ce que certains interprètent comme une diminution véritable du nombre d'enfants exposés à de l'abus sexuel aux États-Unis.³ Ces résultats américains ne s'appliquent pas nécessairement à d'autres pays puisqu'il peut y avoir des différences sur les plans culturels et sociaux. Par exemple, bien que l'on ait aussi noté un déclin au Canada, où le taux d'incidence des cas signalés d'ASE est passé de 0,93 pour 1000 enfants en 1998 à 0,43 pour 1000 en 2008, on n'a pas entièrement expliqué cette tendance.⁴ D'autres données, telles que le taux d'ASE et d'agressions sexuelles signalées à la police, n'ont pas suivi une tendance aussi soutenue qu'aux États-Unis. La diminution du nombre de cas d'ASE attestés par les services de protection de l'enfance peut s'expliquer par plusieurs facteurs éventuels. Il se pourrait, par exemple, que les victimes soient moins disposées à signaler une agression aux autorités qu'à une époque antérieure ou encore que les critères de triage des cas menant à une enquête ou à la recherche d'éléments de preuve soient plus restrictifs qu'auparavant.

Contexte de la recherche

La plupart des études soulignent que l'ampleur des cas d'ASE demeure inconnue.¹ Selon un article de Finkelhor,⁵ seulement environ la moitié des victimes recensées dans toutes les études avait divulgué l'agression à quelqu'un. Il est clair que les rapports officiels des autorités sous-estiment l'ampleur des cas d'ASE, par comparaison aux taux d'agressions déclarées par les jeunes et les adultes eux-mêmes. Une méta-analyse récente montre que les cas d'ASE rapportés par les victimes sont plus de 30 fois supérieurs à ceux indiqués dans les études sur les rapports officiels (127/1000 ou 12,7 % par rapport à 4/1000 ou 0,4 %).⁶

Questions clés pour la recherche

Au cours des dernières décennies, la recherche sur les ASE s'est articulée principalement autour de quelques questions, notamment : Quels sont les facteurs de risque d'une ASE? Quels sont les effets sur la santé mentale d'une ASE? Quels sont les facteurs de protection faisant en sorte que certains enfants sont moins susceptibles de garder des séquelles découlant d'une ASE? Quelles sont les stratégies de prévention, d'évaluation et de traitement les plus efficaces?

Récents résultats de la recherche

Les filles sont environ deux fois plus susceptibles que les garçons d'être victimes d'une ASE.⁶ Il est cependant fort probable que les garçons soient plus souvent victimes d'une agression que ce que les données de cas déclarés laissent présager, et ce, compte tenu de leurs réticences à signaler l'abus.⁷ Le risque d'une ASE croît avec l'âge, le nombre de cas le plus élevé se situant dans la tranche des 12 à 17 ans. On estime que les risques d'une ASE sont plus élevés chez les filles dès un jeune âge et pendant une période plus longue que les garçons, qui, eux, courent des risques à un âge plus avancé et durant une période plus courte.

L'ASE présente un risque majeur d'entraîner une série de séquelles tant durant l'enfance qu'à l'âge adulte. Il a été montré que les victimes manifestent davantage de symptômes de stress consécutif au traumatisme et de dissociation que les enfants qui n'ont pas subi d'agression,⁸ ainsi que de dépression et de troubles de comportement.⁹ Ils adoptent plus souvent des comportements sexuels à risque.¹⁰ Les victimes sont plus susceptibles de céder à la consommation abusive d'alcool et de drogues¹¹ et à faire des tentatives de suicide.¹² Ces troubles de santé mentale peuvent perdurer à l'âge adulte.¹³ Les victimes d'une ASE sont plus à risque que les autres jeunes de connaître la violence dans leurs premières relations amoureuses;¹⁴ les femmes ayant subi une ASE courent deux à trois fois plus de risques d'être de nouveau victimes de violence sexuelle à l'âge adulte en comparaison des autres femmes.¹⁵

Toutefois, environ le tiers des victimes ne manifesteront aucun symptôme clinique au moment de la déclaration de leur agression.¹⁶ Cela s'explique, en partie, par les caractéristiques extrêmement diverses de l'ASE, qui mène à toute une panoplie de répercussions éventuelles. Aussi, plusieurs facteurs influencent la résilience des victimes d'une ASE. Par exemple, les enfants qui bénéficient du soutien du parent non agresseur¹⁷ et ceux qui n'ont pas déjà été victime d'abus¹⁸ semblent mieux s'en sortir. Dans tous les cas, il est cependant important de faire une évaluation et, s'il y a lieu, une intervention hâtives afin de prendre en charge les répercussions négatives.

Pour le volet de l'évaluation, deux protocoles médicolégaux ont été considérablement mis à l'essai, à savoir le Structured Interview Protocol [protocole d'entrevue structurée] de l'organisme américain National Institute of

Child Health and Human Development (NICHD) et le modèle Sexual Assault Nurse Examiner [SANE – examen des victimes d’agression sexuelle].

- Un protocole d’entrevue structurée tel que le modèle du NICHD stipule que les policiers doivent recevoir une formation poussée pour arriver à tirer des renseignements détaillés auprès de victimes d’une ASE sans utiliser la suggestion. Ce protocole améliore clairement la qualité des entrevues et facilite l’évaluation de la crédibilité menée par les enquêteurs auprès des enfants.¹⁹
- Les infirmières chargées de l’examen des victimes d’agression sexuelle sont généralement les premières personnes, dans le contexte du service d’urgence d’un hôpital, à répondre aux besoins émotifs et physiques des victimes en plus d’être celles chargées de la collecte de données médico-légales qui pourraient conduire à des actions en justice contre les agresseurs. Le protocole SANE, pour ce qui est de la collecte de données médico-légales et du taux d’action en justice dans les cas d’ASE, est d’une efficacité qui a fait ses preuves.²⁰

Pour le volet du traitement, la thérapie cognitive comportementale axée sur les traumatismes est le traitement le plus courant pour les enfants victimes d’une ASE et manifestant des symptômes du trouble de stress post-traumatique (TSPT).²¹ Des essais cliniques randomisés ont montré que ce traitement est efficace pour améliorer la symptomatologie des participants ainsi que les compétences parentales et les aptitudes des enfants à assurer leur sécurité personnelle, même quand le programme dure aussi peu que huit semaines.²² On a noté que la thérapie cognitive comportementale axée sur les traumatismes pouvait mener à une amélioration soutenue de l’anxiété, de la dépression, des troubles sexuels et de la dissociation après six mois ainsi qu’à une amélioration des TSPT et de la dissociation après douze mois.²³

Bien que les programmes de sensibilisation dans les écoles soient diffusés à grande échelle et présentés comme stratégie primaire de prévention, il y a peu de données montrant leur efficacité pour véritablement prévenir le risque d’une ASE.²⁴

Lacunes de la recherche

Il vaut la peine de souligner deux grandes lacunes : la plupart des victimes d’une ASE n’étant pas identifiées, l’état actuel des connaissances est probablement biaisé puisqu’il est fondé sur des renseignements provenant de victimes d’une ASE détectée; il faut poursuivre les recherches pour comprendre les divers profils des enfants victimes d’une ASE et pour trouver d’autres approches fondées sur des données probantes pour assurer l’évaluation, le traitement et la prévention.

Conclusions

Bien que la définition d’une ASE fasse maintenant l’unanimité dans l’ensemble, l’ampleur du problème demeure difficile à cerner vu les différences qui prévalent entre les méthodes de collecte de données. La méta-analyse la plus récente sur la prévalence des ASE montre que 12,7 % des adultes ont été victimes de violence sexuelle durant leur enfance ou leur adolescence, les filles et les enfants plus âgés étant les plus susceptibles de telles agressions. L’ASE constitue un facteur de risque important dans l’apparition de troubles à court et à long termes, tels que la dépression, les TSPT et l’abus d’alcool et de drogues, bien que toutes les victimes ne manifestent pas de séquelles. Deux protocoles médico-légaux – le Structured Interview Protocol du NICHD et le modèle SANE – sont bien établis dans le domaine. Le traitement le plus efficace des enfants victimes d’une

ASE et manifestant des symptômes de TSPT est la thérapie cognitive comportementale axée sur les traumatismes. Les futurs efforts de recherche devraient porter sur l'élaboration de stratégies pour faciliter la divulgation d'une ASE et l'établissement d'un rapport de signalement, sur le repérage des besoins des victimes d'une ASE et sur la création de stratégies de prévention.

Implications pour les parents, les services et les politiques

Dans l'optique d'offrir des services efficaces à toutes les victimes, nous devons accorder la priorité à l'élaboration de stratégies pour lever les obstacles à la divulgation et à l'établissement de rapports de signalement. Bien que l'ASE ne soit plus un sujet aussi tabou qu'il y a quelques décennies, il se pourrait que les préjugés et les difficultés à accéder à des services empêchent des victimes de bénéficier des ressources dont elles ont besoin.

Références

1. Putnam FW. Ten-year research update review: Child sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2003;42(3):269-278.
2. Johnson RJ. Advances in understanding and treating childhood sexual abuse: Implications for research and policy. *Family & Community Health*. 2008;31(Suppl1):S24-S34.
3. Jones LM, Finkelhor D. *Updated trends in child maltreatment, 2007*. Durham, NH: Crimes against Children Research Center, University of New Hampshire; 2009.
4. Collin-Vézina D, Hélie S, Trocmé N. Is child sexual abuse declining in Canada? An analysis of child welfare data. *Child Abuse & Neglect*. 2010;34(11):807-812.
5. Finkelhor D. Current information on the scope and nature of child sexual abuse. *Sexual Abuse of Children*. 1994;4(2):31-53.
6. Stoltenborgh M, van IJzendoorn MH, Euser EM, Bakermans-Kranenburg MJ. A global perspective on child sexual abuse: Meta-analysis of prevalence around the world. *Child Maltreatment*. 2011;16(2):79-101.
7. O'Leary PJ, Barber J. Gender differences in silencing following childhood sexual abuse. *Journal of Child Sexual Abuse*. 2008;17(2):133-143.
8. Collin-Vézina D, Hébert M. Comparing dissociation and PTSD in sexually abused school-aged girls. *Journal of Nervous Mental Disorders*. 2005;193(1):47-52.
9. Danielson CK, Macdonald A, Amstadter AB, et al. Risky behaviors and depression in conjunction with—or in the absence of—lifetime history of PTSD among sexually abused adolescents. *Child Maltreatment*. 2010;15(1):101-107.
10. Lalor K, McElvaney R. Child sexual abuse, links to later sexual exploitation/high-risk sexual behavior, and prevention/treatment programs. *Trauma, Violence, & Abuse* 2010;11(4):159-177.
11. Shin SH, Edwards EM, Heeren T. Child abuse and neglect: Relations to adolescent binge drinking in the National Longitudinal Study of Adolescent Health (AddHealth) Study. *Addiction Behaviors*. 2010;34(3):277-280.
12. Brezo J, Paris J, Tremblay R, Vitaro F, Hebert M, Turecki G. Identifying correlates of suicide attempts in suicidal ideators: A population-based study. *Psychological Medicine: A Journal of Research in Psychiatry and the Allied Sciences*. 2007;31(11):1551-1562.
13. MacMillan HL, Fleming JE, Streiner DL, et al. Childhood abuse and lifetime psychopathology in a community sample. *American Journal of Psychiatry*. 2001;158(11):1878-1883.
14. Vezina J, Hebert M. Risk factors for victimization in romantic relationships of young women: a review of empirical studies and implications for prevention. *Trauma, Violence, & Abuse*. 2007;8(1):33-66.
15. Classen CC, Palesh OG, Aggarwal R. Sexual revictimization: A review of the empirical literature. *Trauma, Violence, & Abuse*. 2005;6(2):103-129.
16. Kendall-Tackett K, Meyer-Williams L, Finkelhor D. Impact of sexual abuse on children: A review and synthesis of recent empirical studies. *Psychological Bulletin*. 1993;113(1):164-180.
17. Elliott AN, Carnes CN. Reactions of nonoffending parents to the sexual abuse of their child: a review of the literature. *Child Maltreatment*. 2001;6(4):314-341.
18. Hébert M, Collin-Vézina D, Daigneault I, Parent N, Tremblay C. Factors linked to outcomes in sexually abused girls: a regression tree

analysis. *Comprehensive Psychiatry*. 2006;47(6):443-455.

19. Lamb ME, Orbach Y, Sternberg KL, et al. Use of a structured investigative protocol enhances the quality of investigative interviews with alleged victims of child sexual abuse in Britain. *Applied Cognitive Psychology*. 2009;23(4):449-467.
20. Campbell R, Patterson D, Lichy L. The effectiveness of sexual assault nurse examiner (SANE) programs: A review of psychological, medical, legal, and community outcomes. *Trauma, Violence, & Abuse*. 2005;6(4):313-329.
21. Cohen JA, Deblinger E, Mannarino AP, Steer RA. A multisite, randomized controlled trial for children with sexual abuse-related PTSD symptoms. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2004;43(4):393-402.
22. Deblinger E, Mannarino AP, Cohen JA, Runyon MK, Steer RA. Trauma-focused cognitive behavioral therapy for children: impact of the trauma narrative and treatment length. *Depression and Anxiety*. 2011;28(1):67-75.
23. Cohen JA, Mannarino AP. Treating sexually abused children: 1 year follow-up of a randomized controlled trial. *Child Abuse & Neglect*. 2005;29(2):135-145.
24. Finkelhor D. The prevention of childhood sexual abuse. *The Future of Children*. 2009;19(2):169-194.

La violence psychologique

Christine Wekerle, Ph.D.

McMaster University, Canada

Février 2012

Introduction

On parle de violence psychologique lorsque le donneur de soins ne fournit pas un environnement approprié et favorable au développement de l'enfant et que ce dernier fait continuellement ou habituellement l'objet d'actes de violence, comme se faire injurier fréquemment (sévices psychologiques ou actes commis) ou souffrir d'un manque d'affection (négligence psychologique ou acte omis). On compte officiellement six types de violence psychologique : 1) le rejet (p. ex., critiquer constamment l'enfant, le rabaisser); 2) l'isolement (p. ex., tenir la famille et les amis à l'écart de l'enfant); 3) le manque d'attention (p. ex., ne pas répondre à l'enfant lorsqu'il demande de l'attention, ignorer ses réussites, etc.); 4) la terreur (p. ex., menacer l'enfant de l'abandonner ou de lui faire mal); 5) la corruption (p. ex., impliquer l'enfant dans des activités criminelles); 6) l'exploitation (p. ex., obliger l'enfant à s'occuper d'un parent ou d'un autre enfant et s'attendre à ce qu'il assure le revenu familial).¹ De plus, on considère que d'autres formes de maltraitance – les sévices sexuels ainsi que la violence et la négligence physiques – comportent des éléments liés à la violence psychologique. Par conséquent, la violence psychologique peut être la seule forme d'abus ou de négligence à se manifester, mais elle peut aussi accompagner fréquemment d'autres formes de maltraitance.¹

Certains chercheurs considèrent l'exposition à la violence conjugale (c.-à-d. l'exposition à la violence envers un parent) comme une forme de violence psychologique, tandis que d'autres estiment qu'il s'agit d'une catégorie distincte. Par exemple, les données de l'Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants publiée en 2008 montrent que les enfants étaient exposés à de la violence conjugale dans 34 % des cas de mauvais traitements corroborés et qu'ils étaient victimes de violence psychologique dans 9 % de ces cas (la violence verbale en constituait la forme la plus courante).² Une analyse de la documentation portant sur les enfants en famille d'accueil a révélé que les proportions de cas de violence psychologique signalés étaient très variables (de 8 % à 77 %).³ En codant les expériences de maltraitance selon un cadre normalisé, les chercheurs d'une étude américaine s'intéressant aux cas d'enfants suivis par les services de protection de la jeunesse ont établi que plus de 50 % des jeunes avaient vécu de la violence psychologique (principalement du type terreur) et que la majorité d'entre eux avaient également été victimes de violence et de négligence physiques.⁴

Sujet

Pour devenir une personne qui fonctionne bien au quotidien, il est important de grandir dans un milieu stimulant et sécuritaire sur les plans affectif et physique. Lorsqu'on mesure le niveau d'exposition à la violence psychologique, il est important d'évaluer les modèles d'interaction à la maison (entre parents, entre parents et enfants, et entre enfants). Les sévices psychologiques peuvent prendre la forme d'événements graves (p. ex.,

tirade dans laquelle on fait preuve de violence psychologique) ou de problèmes chroniques (p. ex., manque de reconnaissance des réussites scolaires de l'enfant, fréquents retards ou absences à l'école, fêtes d'anniversaire oubliées, etc., ce que l'on qualifie aussi d'« environnement invalidant »⁵). Les parents qui expriment des émotions négatives intenses à l'égard de leur enfant (rage, peur, dégoût) risquent de les troubler davantage, car les émotions d'« urgence » (panique, rage, etc.) provoquées par le comportement des parents accaparent toutes ses capacités cognitives. Les recherches ont montré que, dans ce type d'interaction, les parents qui se considèrent comme impuissants ont une réactivité affective plus élevée, adoptent une attitude hostile envers l'enfant et son comportement et ont tendance à agir de façon autoritaire et contrôlante avec l'enfant (hostilité, rejet, attaque).⁵ Si l'isolement social fait partie du style d'interaction familiale, l'enfant aura peu d'occasions de comprendre quelles sont les séquences « normales » de comportements et quelles sont les réactions normalement suscitées par ces comportements.

Au-delà de la réponse «*lutte ou fuite* » au stress aigu, les enfants exposés à de la violence psychologique peuvent vivre un stress chronique, ce qui entraîne des déficiences physiques ou affectives. De plus, aucun membre du foyer ne leur montre comment gérer leur stress de façon efficace. La déficience peut englober un grand nombre de comportements à risque (c.-à-d. le tabagisme, le surpoids, l'abus d'alcool, etc.) en plus de troubles psychiatriques précoces et persistants.^{1,3,6,7-10} Lorsque la violence psychologique ne se manifeste pas seule, elle peut être accompagnée de sévices sexuels ainsi que de violence et de négligence physiques, des types de maltraitance aux effets néfastes (p. ex., sentiment d'avoir été trahi par le donneur de soins).

Problèmes

1. Comme c'est le cas pour tous les types d'abus et de négligence, la prévalence de la violence psychologique est inconnue et probablement grandement sous-estimée, car il s'agit souvent d'une forme concomitante.
2. Des cas signalés, du tiers à la moitié d'entre eux présentent un indicateur de sévices psychologiques.^{2,11,12}
3. Bien qu'un consensus se dégage en ce qui a trait : a) au comportement habituel des donneurs de soins; b) aux actes omis et commis; on ne s'entend pas sur la façon de concevoir la violence psychologique qui permettrait aux services de protection de la jeunesse de l'aborder de manière efficace. On doit offrir une protection à l'enfant lorsque les agissements du donneur de soins se situent sous les normes de la collectivité en matière de pratiques parentales acceptables et pas seulement quand l'enfant réagit.^{13,14}
4. Les programmes actuellement offerts aux parents comportent quelques éléments de contenu pertinents quant à la violence psychologique exercée par les donneurs de soins (p. ex., attention planifiée, bons moments ou renforcement positif), mais les services de protection de la jeunesse et de santé publique ne se sont pas encore penchés sur la prévention de la violence psychologique. La prévention de la violence conjugale et de l'exposition des enfants à la violence demeure une priorité mondiale.⁷
5. Lorsque d'autres formes de maltraitance sont présentes, il se peut que les services de protection de la jeunesse n'effectuent pas une évaluation détaillée de la violence psychologique étant donné que ces autres formes peuvent suffire pour justifier l'ouverture d'un dossier et la prestation de services. Cependant, comme la divulgation fait partie des processus à suivre, une évaluation complète de tous les types de maltraitance est requise et il peut s'avérer nécessaire de revoir l'évaluation.

6. La violence psychologique a possiblement plus de conséquences négatives sur l'humeur, la délinquance et l'attachement aux parents et aux pairs chez les hommes qui ont été suivis par les services de protection de la jeunesse que chez les femmes dans la même situation.¹⁵

Contexte de la recherche

Étant donné que les renseignements sur la violence psychologique sont recueillis lorsque les services de protection de la jeunesse interviennent auprès des jeunes, la plupart des renseignements proviennent des pays où l'on trouve des organismes de protection de la jeunesse officiels. Cette recherche ne s'intéresse pas à l'expression des émotions des parents selon la portée, la pertinence et l'intensité de l'affect négatif (rage, peur, hostilité, impuissance). Lorsqu'un cas de violence psychologique est corroboré, c'est que les services de protection de la jeunesse ont mené une enquête sur certaines allégations et ont jugé que celles-ci étaient suffisamment graves. Les services fournis peuvent varier : il peut s'agir d'une simple enquête, de consultations avec l'enfant ou même d'un placement dans un autre foyer.

Les recherches sur la violence psychologique menées auprès d'échantillons choisis dans la collectivité reposent quant à elles sur l'utilisation de questionnaires d'autoévaluation. Finalement, la plupart des recherches n'isolent pas les conséquences propres à la violence psychologique puisqu'on reconnaît qu'il est courant d'observer plus d'un type de maltraitance, ce qui est particulièrement vrai chez les personnes qui ont été suivies par les services de protection de la jeunesse⁴ ou par d'autres organismes des secteurs de services publics.

Questions clés pour la recherche

1. Quel type de déficience en particulier est associé à l'exposition à la violence psychologique?
2. De quelle façon la violence psychologique interagit-elle avec les autres formes de maltraitance et comment s'agence-t-elle à celles-ci pour entraîner des déficiences ou favoriser la résilience?
3. Existe-t-il des indicateurs de la violence psychologique ou des signaux d'alarme annonciateurs d'un risque de déficience plus élevé? Existe-t-il, chez les parents, certains troubles psychiatriques fortement liés à l'exposition à la violence psychologique et aux déficiences en matière de santé et de développement chez l'enfant?
4. Les programmes qui visent à prévenir les cas corroborés d'enfants ayant subi des blessures, de la violence physique et des sévices sexuels réussissent-ils aussi à entraîner une réduction des niveaux de violence psychologique?

Récents résultats de recherche

Ces derniers temps, l'attention s'est portée sur le fonctionnement cognitif et le développement des enfants maltraités ainsi que sur le lien entre le développement et les problèmes (déficiences) et les attitudes positives (résilience) sur le plan du fonctionnement, malgré l'adversité (maltraitance).¹⁶ Par exemple, chez les enfants en famille d'accueil (placés dans un autre foyer), on remarquait une corrélation négative entre les antécédents de négligence ou de sévices psychologiques et la taille selon l'âge, les aptitudes visuospatiales, la mémoire, le langage et la fonction exécutive.³ Les interventions précoces qui ciblent les éléments cognitifs et affectifs sous-

jacents à la violence psychologique se révèlent prometteuses pour le développement cognitif de l'enfant (p. ex., la mémoire), aspect qui semble être influencé indirectement par les hormones de stress de l'enfant.¹⁷ L'objectif ultime est d'examiner les contextes favorisant l'apparition de déficiences mentales et physiques ainsi que ceux favorisant la résilience en étendant l'étude aux domaines de la recherche biologique, clinique et épidémiologique.¹⁸

Lacunes de la recherche

Les services de protection de la jeunesse ont de la difficulté à recueillir des données sur la violence psychologique, car on ne peut pas toujours la lier à un événement précis et il n'y a pas nécessairement de lien de causalité clairement identifiable entre ce type de violence et les problèmes de fonctionnement de l'enfant qui en est victime. Les définitions juridiques et médicales qui contribuent à l'établissement des seuils d'intervention des services de protection de la jeunesse varient selon les États et les régions.¹⁹ Actuellement, il n'y a pas de méthode « parfaite » pour déterminer le niveau d'exposition à la violence psychologique. Il faut effectuer de meilleures estimations de la prévalence de la violence psychologique et celles-ci doivent s'appuyer sur une seule et même définition dans les études sur la population de jeunes suivis par les services de protection de la jeunesse, dans les enquêtes communautaires auprès d'adolescents et dans les études portant sur les groupes dans lesquels les taux de maltraitance sont plus élevés, comme ceux ayant été pris en charge par le secteur public (c.-à-d. les jeunes des centres de détention juvénile, ceux qui suivent un programme de désintoxication, les élèves qui ont des besoins d'apprentissage particuliers et les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale).

On doit entreprendre de plus amples recherches pour comprendre les processus par lesquels les « événements critiques » ont des conséquences sur le développement et la santé. Par exemple, on avance que la dominance des émotions positives (c.-à-d. attitude beaucoup plus positive pendant les interactions) constitue un des aspects les plus importants de la résilience parce qu'elle pourrait se traduire par une utilisation continue de l'approche (par opposition au retrait) dans les rapports avec les autres et par un style d'attribution positif à l'égard du comportement des autres.¹³

Conclusions et implications pour les parents, les pratiques et les politiques

Comme les conséquences de la violence psychologique sont moins visibles, elles peuvent facilement être sous-estimées. Les parents, les praticiens et les décideurs politiques devraient donc : 1) tenir compte du climat émotionnel à la maison ainsi que des aptitudes émotionnelles des enfants et leur offrir des expériences dans lesquelles les émotions positives l'emportent sur les émotions négatives; 2) prévenir les cas de maltraitance et l'exposition à la violence conjugale chez les enfants; 3) assurer la promotion de la sécurité, du bien-être et des droits des enfants et des donneurs de soins vulnérables; 4) prévenir ou limiter les cas de déficience liés à la maltraitance; 5) encourager l'adaptation et la résilience dans les contextes où les sources d'adversité sont inconnues ou inévitables. Il existe des programmes de prévention fondés sur des données probantes et, du point de vue de la santé publique, il serait déplorable de ne pas les mettre en œuvre.^{7,8,20,21}

Une vie familiale chaotique et violente peut constituer une forme de violence psychologique et avoir des conséquences à long terme sur un enfant. Pour ce dernier, le fait de quitter graduellement le nid familial et de vivre des expériences de qualité au préscolaire, d'entrer à l'école primaire et de développer son autonomie à

l'adolescence lui donne la possibilité de changer sa vision des émotions considérées comme « normales » et de s'éloigner des stratégies d'adaptation émotionnelle qu'il a apprises (ou « surapprises »), lui permettant ainsi d'avoir de plus grandes attentes quant à sa santé, à son revenu et à sa qualité de vie futurs. Lorsqu'on met un terme à la violence dans la vie personnelle et familiale, c'est la vie dans son ensemble qui en est par la suite améliorée. Une prédominance du plaisir, de la découverte et des attitudes positives semble par conséquent être un droit fondamental que tous devraient acquérir dès la naissance.

Références

- Hart, S.N., Brassard, M., Davidson, H.A., Rivelis, E., Diaz, V., & Binggeli, N.J. (2011). Psychological maltreatment. In J.E.B. Myers (Ed.), *American Professional Society on the Abuse of Children (APSAC) Handbook on Child Maltreatment, Third Edition* (pp. 125-144). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Public Health Agency of Canada (2010); Trocmé, N., Fallon, B., MacLaurin, B., Sinha, V., Black, T., Fast, E., Felstiner, C., Hélie, S., Turcotte, D., Weightman, P., Douglas, J., & Holroyd, J. (2010) Canadian Incidence Study of Reported Child Abuse and Neglect 2008 (CIS-2008): *Major Findings*. <http://www.phac-aspc.gc.ca/ncfv-cnivf/pdfs/nfnts-cis-2008-rprt-eng.pdf>
- Oswald, S.H., Heil, K., & Goldbeck, L. (2009). History of maltreatment and mental health problems in foster children: A review of the literature. *Journal of Pediatric Psychology*, 1-11.
- Trickett, P., Kim, K., & Prindle, J. (2011). Variations in Emotional Abuse Experiences among Multiply Maltreated Young Adolescents and Relations with Developmental Outcomes. *Child Abuse & Neglect: The International Journal*. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0145213411002109>
- Bugental, D.B., & Blue, J., Cruzcosa, M. (1989). Perceived control over caregiving outcomes: Implications for child abuse. *Developmental Psychology*, 25, 532-539; see also 2002 special issue on parental attributions in *Child Maltreatment*, volume 7.
- Cole, P.M., Llera, S.J., & Pemberton, C.K. (2009). Emotional instability, poor emotional awareness, and the development of borderline personality. *Development & Psychopathology*, 21, 1293-1310.
- World Health Organization/London School of Hygiene and Tropical Medicine (2010). Preventing intimate partner and sexual violence against women: taking action and generating evidence. Geneva: World Health Organization. Download report at: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/activities/intimate/en/index.html
- Gilbert, R., Kemp, A., Thoburn, J., Sidebotham, P., Radford, L., Glaser, D., & MacMillan, H. L. (2009). Recognising and responding to child maltreatment. *Lancet*, 373(9658), 167-180.
- Kessler, R. C., McLaughlin, K. A., Green, J. G., Gruber, M. J., Gruber, M. J., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., Aguilar-Gaxiola, S., Alhamzawi, A. O., Alonso, J., Angermeyer, M., Benjet, C., Bromet, E., Chatterji, S., de Girolamo, G., Demyttenaere, K., Fayyad, J., Florescu, S., Gal, G., Gureje, O., Haro, J. M., Hu, C.-y., Karam, E. G., Kawakami, N., Lee, S., Lepine, J.-P., Ormel, J., Posada-Villa, J., Sagar, R., Tsang, A., Ustun, T. B., Vassilev, S., Viana, M. C., & Williams, D. R. (2010). Childhood adversities and adult psychopathology in the WHO world mental health surveys. *The British Journal of Psychiatry*, 1297, 378-385.
- Danaei, G., Ding, E. L., Mozaffarian, D., Taylor, B., Rehman, J., Murray, C. J. L., & Ezzati, M. (2010). The preventable causes of death in the United States: Comparative risk assessment of dietary, lifestyle, and metabolic risk factors. *Journal of PLoS Medicine*, 6(4), 1-23.
- Sedlak, A.J., Mettenburg, J., Basena, M., Petta, I., McPherson, K., Greene, A., and Li, S. (2010). Fourth National Incidence Study of Child Abuse and Neglect (NIS-4): Report to Congress. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, Administration for Children and Families.
- Sedlak, A.J., Das, B., and McPherson, K. (2010). Fourth National Incidence Study of Child Abuse and Neglect (NIS-4): Supplementary Analyses of Race Different in Child Maltreatment Rates in the NIS-4, DC: U.S. Department of Health and Human Services, Administration for Children and Families.
- Trickett, P. K., Mennen, F. E., Kim, K., & Sang, J. (2009). Emotional abuse in a sample of multiply maltreated, urban young adolescents: Issues of definition and identification. *Child Abuse & Neglect: The International Journal*, 33, 27-35.
- Wekerle, C. (2011). Commentary: Emotionally maltreated: The under-current of impairment? *Child Abuse & Neglect: The International Journal*. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0145213411002134>
- Taussig, H. N., & Culhane, S.E. (2010). Emotional maltreatment and psychological functioning in preadolescent youth placed in out-of-home care. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 19, 52-74.
- Curtis, W. J. & Cicchetti, D. (2007). Emotion and resilience: A multilevel investigation of hemispheric electroencephalogram asymmetry and emotion regulation in maltreated and nonmaltreated children. *Development & Psychopathology*, 19, 811-840.

17. Bugental, D.B., Schwartz, A., & Lynch, C. (2010). Effects of early family intervention on children's memory: The mediating effects of cortisol levels. *Mind, Brain, & Education*, 4, 159-170.
18. Cicchetti, D., & Cohen, D.J. (2006). *Developmental psychopathology*, Volume 3: risk, disorder, and adaptation (2nd ed.). Hoboken, NJ, US: John Wiley & Sons Inc.
19. MacMillan, H. L., Wathen, C. N., Barlow, J., Fergusson, D. M., Leventhal, J. M., & Taussig, H. N. (2009). Interventions to prevent child maltreatment and associated impairment. *Lancet*, 373(9659), 250–266.
20. MacMillan, H. L. (2010). Child maltreatment and physical health: A call to action. *Journal of Pediatric Psychology*, 35(5), 533–535.
21. Wekerle, C. (2011). The dollars and senselessness in failing to prioritize child maltreatment prevention. *Child Abuse & Neglect: The International Journal*, 35, 159-161.

Prévention de la maltraitance des enfants et des séquelles connexes

Jane Barlow, D.Phil; FFPH (Hon)

Warwick Infant and Family Well-being Unit, University of Warwick, Royaume-Uni

Février 2012

Introduction

La maltraitance des enfants prend quatre formes : violence physique, violence sexuelle, violence psychologique et négligence. Récemment, l'exposition à la violence conjugale a été incluse dans les formes de violence faite aux enfants. La maltraitance des enfants est un problème de santé publique et de bien-être collectif important, surtout dans les pays à revenu élevé.¹ C'est pourquoi on a commencé à déterminer des méthodes efficaces de prévention au cours des deux dernières décennies.

Sujet

Un nombre significatif d'enfants vivent de la violence. Un examen récent des études de prévalence a conclu qu'environ 4 à 16 % des enfants sont victimes de violence physique; 10 % de négligence ou de violence psychologique; 5 à 10 % des filles et 5 % des garçons de violence sexuelle avec pénétration et trois fois plus d'enfants de violence sexuelle sans pénétration.¹ Les conséquences de cette violence sont vastes et ont une incidence importante sur la morbidité et la mortalité. Aux États-Unis, par exemple, plus de 2 000 enfants meurent chaque année des suites de la violence et de la négligence, 86 % de tous les décès pour cause de maltraitance survenant chez les enfants de moins de 6 ans et 43 % chez des nourrissons de moins d'un an.² Les répercussions à long terme chez les survivants comprennent une vaste gamme de troubles de santé mentale, y compris la consommation de drogue et l'abus d'alcool, des comportements sexuels à risque et des tendances criminelles, autant de comportements qui perdurent jusqu'à l'âge adulte.¹ Les conséquences pour la société de tels mauvais traitements sont aussi importantes sur le plan des coûts tant directs (p. ex. : services pour repérer et réagir aux cas de violence à l'égard d'enfants) qu'indirects (p. ex. : services pour prendre en charge les problèmes connexes à la violence, tels que les troubles de santé mentale, la toxicomanie, la criminalité, etc.).³

La prévalence élevée et les conséquences sérieuses de la maltraitance des enfants font ressortir l'importance d'avoir des programmes de prévention et de traitement efficaces. Les stratégies de prévention portent sur : (a) la prévention primaire, qui vise à intervenir avant que la violence n'ait eu lieu et qui mise sur deux optiques différentes – la population et le ciblage; (b) la prévention de la récurrence de la violence après qu'elle a émergé; et (c) la prévention visant à réduire les troubles afférents.

Problème

L'une des principales difficultés associées à la reconnaissance de « ce qui fonctionne » pour prévenir la maltraitance des enfants est l'absence de modèles de recherches rigoureuses utilisées pour évaluer l'efficacité de programmes. La mesure des résultats fluctue largement entre les études et elles font un recours excessif aux déclarations d'auto-évaluation et de comportement des enfants faites par les parents.

Contexte de la recherche

Bien que la maltraitance des enfants constitue un problème de santé publique notable tant du point de vue des conséquences pour la personne que pour la société, il y a un bassin de recherches limité qui traite expressément de prévention, et une bonne partie de la recherche à notre disposition porte sur la prévention secondaire/tertiaire (c.-à-d., l'intervention une fois que la violence a eu lieu) et non pas primaire. Dans le même ordre d'idées, une bonne partie de la recherche sur la prévention primaire traite des démarches ciblées sur les groupes à risque élevé par opposition à des démarches universelles ou axées sur la population.

Questions clés pour la recherche

Les questions clés de la recherche portent autant sur l'efficacité que sur le rapport coût-efficacité des démarches de prévention de la maltraitance des enfants et traitent des quatre grandes formes de mauvais traitements mentionnées ci-dessus dans l'optique des différents niveaux de prévention. D'autres questions sont tournées sur les démarches particulières les mieux adaptées à divers groupes de la population qui posent un risque lié à la maltraitance des enfants (p. ex. : des parents qui consomment de la drogue, des parents aux prises avec la violence conjugale).

Résultats clés de la recherche

Prévention primaire

La recherche suggère qu'une panoplie de stratégies de prévention sont prometteuses. Bien que les visites à domicile ne soient pas toutes efficaces, le programme Nurse Family Partnership⁴ [Partenariat entre les infirmières et les familles] et le programme Early Start⁵ [Bon départ] ont montré leur efficacité. Des programmes normalisés d'appui aux parents, comme le Triple P,⁶ ont aussi montré des bienfaits, mais il faut davantage d'évaluations auprès des populations à risque élevé. Des programmes de sensibilisation en milieu hospitalier pour prévenir les traumatismes crâniens causés par la violence⁷ sont prometteurs, au même titre que des soins pédiatriques accrus⁸ pour les familles d'enfants à risque de subir de la violence physique ou de la négligence. Bien que les programmes de sensibilisation en milieu scolaire semblent efficaces pour sensibiliser les enfants et améliorer leurs comportements protecteurs,⁹ on ignore pour l'instant à quel point ils sont efficaces pour prévenir la violence sexuelle.

Prévention de la récurrence

Il y a très peu de données sur ce qui fonctionne pour prévenir la récurrence de la violence. La thérapie d'interaction parents-enfant a montré des avantages pour prévenir la récurrence de la violence physique à l'égard des enfants, mais il n'y a pas de données issues d'essais contrôlés randomisés qui traitent des éléments favorables à la prévention de la récurrence des autres formes de violence.

Prévention des séquelles

La recherche indique que la prévention des séquelles nécessite une évaluation approfondie de l'enfant et de la famille. La thérapie cognitivo-comportementale offre les meilleurs résultats pour réduire les répercussions de la violence sexuelle sur la santé mentale des enfants éprouvant des symptômes de stress post-traumatique.¹¹ Plusieurs interventions sont porteuses d'espoir : certaines thérapies axées sur l'enfant violenté, y compris le Resilient Peer Treatment¹² [traitement par les pairs résilients], un programme de jeux d'imagination,¹³ une **thérapie multisystémique**¹⁴ et un programme d'intervention de jour.¹⁵ Il y a aussi des données montrant l'efficacité du counseling après l'hébergement en centre d'accueil pour les femmes exposées à la violence conjugale,^{16,17} de la psychothérapie enfant-parent^{18,19} et de la thérapie cognitivo-comportementale axée sur les traumatismes pour les enfants manifestant des symptômes de troubles de stress post-traumatique causés par la violence conjugale dont ils ont été témoins.²⁰

Pour les enfants violentés

La recherche montre que le placement en famille d'accueil d'un enfant violenté peut comporter des avantages à plusieurs égards, y compris au niveau du comportement antisocial,²¹ du retardement de l'activité sexuelle,²² de l'assiduité et du rendement scolaires,²³ du comportement social et de la qualité de vie,²⁴ par comparaison au maintien dans le foyer ou à la réinsertion dans le foyer après un placement en famille d'accueil. La recherche montre aussi que des soins rehaussés en placement familial peuvent mener à de meilleurs résultats sur le plan des troubles de santé mentale et physique.²⁵

Lacunes de la recherche

Il faut approfondir la recherche pour déterminer les démarches et stratégies qui peuvent servir dans une approche primaire axée sur la population (p. ex. : accessible à tous) et aussi des approches ciblées (p. ex. : groupes à risque élevé) pour prévenir la violence à l'égard des enfants. Les stratégies axées sur la population incluent la réalisation de vastes changements aux systèmes juridiques en vue de mieux protéger les enfants contre l'utilisation de méthodes parentales répulsives (p. ex. : le châtiment corporel) et comprennent la mise en œuvre de programmes de soutien parental fondés sur des données probantes (p. ex. : Triple P à l'échelle de la population). Il faut poursuivre l'évaluation de la valeur d'approches ciblées, telles que le counseling fondé sur des interactions filmées, les interventions fondées sur l'attachement et la mentalisation, et la psychothérapie parents-nourrisson, qui sont toutes des méthodes d'intervention en bas âge visant à améliorer l'interaction entre parents et nourrisson ou tout-petit dans les familles à haut risque. Il faut davantage d'études de suivi à long terme, notamment sur les interventions qui ont lieu dans les trois premières années de vie et sur les démarches faisant appel à plusieurs méthodes et sources pour évaluer la maltraitance.²⁶ Il faut aussi poursuivre les recherches sur les démarches susceptibles d'être bénéfiques pour prévenir la récurrence et les séquelles, un domaine où les données sont une fois de plus limitées. De telles recherches doivent se fonder sur les approches connues qui portent des fruits.

Conclusions

Compte tenu de la prévalence élevée de la maltraitance et de ses conséquences sérieuses sur la vie des victimes, de leur famille et de la société en général, il est important de repérer des méthodes efficaces de

prévention et d'intervention. Certains laissent entendre qu'une approche en matière de santé publique est maintenant nécessaire.²⁷ Malgré le peu d'études sur ce qui fonctionne pour prévenir la maltraitance des enfants, nous avons tout de même fait beaucoup de progrès au cours des 20 dernières années pour élaborer de nouvelles démarches. Les données les plus solides appuient l'utilisation de programmes précis de visite à domicile et de soutien parental dans le cadre d'approches ciblées et axées sur la population visant à assurer la prévention primaire. Toutefois, l'état des connaissances est moins avancé au sujet des approches pour prévenir la violence sexuelle, la violence psychologique et l'exposition à la violence conjugale. Aussi, bien qu'il y ait une vaste gamme de programmes servant à prévenir la récurrence, il y a peu de données pour l'instant sur leur efficacité. Qui plus est, les programmes fondés sur des données, comme la thérapie d'interaction parents-enfant, se sont montrés fructueux dans le cas de violence physique, mais pas de négligence. Les données les plus solides montrent que l'amélioration du fonctionnement psychologique contribue à réduire les séquelles chez les enfants ayant connu la violence sexuelle; la thérapie cognitivo-comportementale semble améliorer le sort des enfants manifestant des symptômes de trouble de stress post-traumatique, et un petit nombre de thérapies axées sur l'enfant aident les victimes de négligence. Enfin, bien que les placements à l'extérieur du milieu familial soient l'une des interventions les plus couramment utilisées pour les enfants violentés, il y a peu de données sur le sujet et celles qu'il y a sont ciblées sur les avantages des placements en famille d'accueil et sur les adaptations de ce modèle.

Implications pour les parents, les services et les politiques

La recherche suggère que les stratégies pour prévenir la maltraitance doivent être mises en œuvre dès la grossesse et comprendre tant des approches à l'échelle de la population visant à fournir aux femmes enceintes/aux parents et aux nouveau-nés un soutien universel de grande portée (p. ex. : Triple P à l'échelle de la population) que des approches ciblées (p. ex. : un programme de visite à domicile intensif tel que le Partenariat entre les infirmières et les familles) pour les familles aux prises avec des risques supplémentaires qui augmentent la vulnérabilité du bébé. La prévention de la récurrence et des séquelles doit inclure des interventions qui ciblent les parents (p. ex. : counseling après l'hébergement en centre d'accueil), la dyade (p. ex. : la psychothérapie parents-nourrisson et la thérapie d'interaction parents-enfant) et les interventions axées sur l'enfant (p. ex. : programmes de sensibilisation en milieu scolaire, thérapie cognitivo-comportementale axée sur les traumatismes et thérapie cognitivo-comportementale à elle seule, thérapie par le jeu, thérapie multisystémique, programmes de traitement par les pairs résilients et placement (amélioré) en famille d'accueil.

Références

1. Gilbert R, Spatz Widom C, Browne K, Fergusson D, Webb E, Janson S. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet* 2009; 373(9671):68-81.
2. National MCH Center for Child Death Review. Available at: <http://www.childdeathreview.org/causesCAN.htm>. Accessed November 7, 2011
3. American Academy of Experts in Traumatic Stress. Available at: <http://www.aaets.org/article185.htm>. Accessed November 7, 2011
4. Olds DL, Eckenrode J, Henderson CR Jr, et al. Long-term effects of home visitation on maternal life course and child abuse and neglect. Fifteen-year follow-up of a randomized trial. *JAMA* 1997;278:637-43.
5. Fergusson DM, Grant H, Horwood LJ, Ridder EM. Randomized trial of the Early Start program of home visitation. *Pediatrics* 2005;116:e803-09.
6. Prinz RJ, Sanders MR, Shapiro CJ, Whitaker DJ, Lutzker JR. Population-based prevention of child maltreatment: the US Triple P system population trial. *Prev Sci* 2009;10(1):1-12.
7. Dias MS, Smith K, DeGuehery K, et al. Preventing abusive head trauma among infants and young children: a hospital-based, parent

education program. *Pediatrics* 2005;115:e470–77.

8. Dubowitz H, Feigelman S, Lane W, Kim J. Pediatric primary care to help prevent child maltreatment: the Safe Environment for Every Kid (SEEK) model. *Pediatrics* 2009;123(3):858-64.
9. Zwi KJ, Woolfenden SR, Wheeler DM, O'Brien TA, Tait P, Williams KW. School-based education programmes for the prevention of child sexual abuse. *Cochrane Database Syst Rev* 2007;2:CD004380.
10. Chaffin M, Silovsky JF, Funderburk B, et al. Parent-child interaction therapy with physically abusive parents: efficacy for reducing future abuse reports. *J Consult Clin Psychol* 2004;72:500–10.
11. Macdonald GM, Higgins JP, Ramchandani P. Cognitive-behavioural interventions for children who have been sexually abused. *Cochrane Database Syst Rev* 2006;4:CD001930.
12. Fantuzzo J, Sutton-Smith B, Atkins M, et al. Community-based resilient peer treatment of withdrawn maltreated preschool children. *J Consult Clin Psychol* 1996;64:1377–86.
13. Udwin O. Imaginative play training as an intervention method with institutionalised preschool children. *Br J Educ Psychol* 1983;53:32–39.
14. Brunk M, Henggeler SW, Whelan JP. Comparison of multisystemic therapy and parent training in the brief treatment of child abuse and neglect. *J Consult Clin Psychol* 1987;55: 171–78.
15. Culp RE, Little V, Letts D, Lawrence H. Maltreated children's self-concept: effects of a comprehensive treatment program. *Am J Orthopsychiatry* 1991;61:114–21.
16. Sullivan CM, Bybee DI. Reducing violence using community-based advocacy for women with abusive partners. *J Consult Clin Psychol* 1999; 67: 43–53.
17. Bybee D, Sullivan CM. Predicting re-victimization of battered women 3 years after exiting a shelter program. *Am J Community Psychol* 2005;36:85–96.
18. Lieberman AF, Van Horn P, Ippen CG. Toward evidence-based treatment: child-parent psychotherapy with preschoolers exposed to marital violence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2005;44:1241–48.
19. Lieberman AF, Ghosh Ippen C, Van Horn P. Child-parent psychotherapy: 6-month follow-up of a randomized controlled trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2006;45:913–18.
20. Cohen JA, Mannarino AP, Iyengar S. Community treatment of Post-Traumatic Stress Disorder for children exposed to intimate partner violence. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2011;165(1):16-21.
21. Colton M, Aldgate J, Heath AF. Behavioural problems of children in and out of care. *Soc Work Soc Sci Rev* 1991; 2: 177–91.
22. Polit DF, Morton TD, White CM. Sex, contraception and pregnancy among adolescents in foster care. *Fam Plann Perspect* 1989;21:203–08.
23. Wald MS, Carlsmith JM, Leiderman PH. *Protecting abused and neglected children*. Stanford, CA: Stanford University Press, 1988.
24. Davidson-Arad B, Englechin-Segal D, Wozner Y. Short-term follow-up of children at risk: comparison of the quality of life of children removed from the home and children remaining at home. *Child Abuse Negl* 2003;27:733–50.
25. Kessler RC, Pecora PJ, Williams J, et al. Effects of enhanced foster care on the long-term physical and mental health of foster care alumni. *Arch Gen Psychiatry* 2008;65:625–33.
26. Skowron E, Reinemann DHS. Effectiveness of psychological interventions for child maltreatment: a meta-analysis. *Psychother Theor Res Pract Train* 2005;42:52–71.
27. Barlow J, Callam R. 'A Public Health Approach to Safeguarding in the 21st Century' *Child Abuse Review*. 2011; 20: 238-255.

Maltraitance envers les enfants et impacts sur le développement psychosocial : Épidémiologie

Nico Trocmé, Ph.D.

McGill Centre for Research on Children and Families, Canada

Février 2012, Éd. rév.

Introduction

La maltraitance envers les enfants constitue une menace sérieuse pour leur développement sain. Il est essentiel de comprendre la portée et la gravité de la maltraitance pour développer des interventions cliniques et des politiques sociales afin de protéger les enfants à risque et de traiter les victimes. Cet article décrit l'incidence, la prévalence et la sévérité de la maltraitance envers les enfants et examine l'importance d'établir des stratégies interdisciplinaires dans la communauté afin d'aborder cet important problème social.

Définitions

La maltraitance envers les enfant est le terme large que l'on utilise pour décrire les actes de violence et de négligence perpétrés par les adultes ou les enfants plus âgés envers les enfants. Ils regroupent quatre grandes catégories : violence physique, agression sexuelle, négligence et violence psychologique. La violence physique va d'agressions graves qui peuvent blesser les enfants de façon permanente ou les tuer à des sévices physiques punitifs ou encore au fait de secouer les nourrissons. Les agressions sexuelles incluent les rapports sexuels, les attouchements, l'exhibitionnisme, la sollicitation et le harcèlement sexuels. La négligence renvoie à l'incapacité de superviser ou de protéger un enfant ou de répondre à ses besoins physiques. La distinction entre la négligence physique et la pauvreté familiale est difficile à établir puisque la plupart des familles où l'on découvre des cas de négligence vivent dans la pauvreté, bien que peu de familles pauvres soient considérées comme négligentes. La violence psychologique inclut la violence verbale extrême ou courante (menaces, dépréciation, etc.) et le manque systématique de dévouement ou d'attention nécessaires pour que l'enfant se développe sainement. L'exposition des enfants à la violence conjugale est de plus en plus reconnue comme étant une forme de violence psychologique ou une forme de violence distincte.

Incidence annuelle

Au Canada, les statistiques sur l'incidence de la maltraitance envers les enfants sont répertoriées périodiquement dans l'Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants (EIC), qui porte sur les cas pour lesquels les organismes provinciaux et territoriaux de protection de l'enfance ont fait enquête.¹ Le cycle de 2008 de cette étude révèle qu'il y a eu quelque 235 497 enquêtes sur la maltraitance d'enfants de moins de 16 ans au Canada en 2008 et que ces enquêtes ont permis

de corroborer 85 440 cas de maltraitance, soit un taux de 14,19 victimes pour 1 000 enfants.^a

Plus du tiers de ces enfants, soit 31 506 enfants, avaient moins de 6 ans.¹ Le taux de victimes était supérieur chez les jeunes enfants (17,10 pour 1 000 enfants de moins de 1 an comparativement à 14,57 pour les enfants de 5 ans), mais aucun schéma clair n'est ressorti pour le sexe (voir le diagramme à barres).

Il est difficile de comparer directement les taux d'incidence au Canada et dans les autres pays à cause des différentes façons de signaler les cas et de procéder aux enquêtes. Le taux de victimes rapporté aux États-Unis en 2008 était de 10,3 pour 1 000 enfants,² alors qu'en Australie, le taux pour le même exercice s'établissait à 6,9 pour 1 000 enfants.³

Prévalence pendant l'enfance

Les études de prévalence mesurent généralement les taux de victimes pendant l'enfance, contrairement aux statistiques d'incidence qui mesurent les taux pendant une année donnée. Les données les plus complètes relatives à la prévalence de la maltraitance envers les enfants au Canada proviennent d'une enquête sur la santé de la population des résidents ontariens âgés de 15 ans et plus en 1990.⁴ Trente et un pour cent des garçons et 21,1 % des filles ont mentionné avoir subi de la violence physique pendant leur enfance, alors que 12,8 % des filles et 4,3 % des garçons ont rapporté une histoire d'agressions sexuelles. L'étude n'a pas identifié à quel moment de l'enfance les répondants avaient subi de la violence ou des abus. Les taux de victimes sexuelles rapportés au Supplément à l'enquête sur la santé en Ontario sont un peu plus faibles que ceux des autres pays, avec une agglomération près du taux de 20 % pour les femmes et de 3 à 11 % pour les hommes, mais ces résultats pourraient s'expliquer par le fait que le Supplément a limité les questions aux actes de violence sexuelle commis envers des enfants par des adultes et n'a pas inclus ceux commis par des adolescents.⁵

Blessure et décès

La plupart des cas de maltraitance signalés aux services sociaux concernent des situations où les enfants ont déjà subi une forme quelconque de violence psychologique ou sont à risque important de subir des blessures ou un type de violence psychologique. Cependant, les blessures physiques causées par les mauvais traitements sont relativement rares. L'EIC de 2008 a découvert que les blessures physiques étaient consignées dans 8 % des 26 339 cas de maltraitance avérée contre des enfants, de la naissance à 5 ans. Dans la plupart des cas, il s'agissait d'ecchymoses et d'écorchures ne nécessitant pas de soins médicaux. Les chercheurs ont rapporté des blessures nécessitant des soins médicaux dans 4 % des cas d'enfants de 1 à 5 ans. Les blessures étaient généralement plus graves chez les enfants de 1 an : 8 % ont nécessité des soins médicaux et 3 % étaient des traumatismes crâniens. La violence grave causant des blessures est particulièrement préoccupante pour les jeunes enfants à cause du risque élevé de séquelle permanente ou de décès pendant les trois premières années de la vie. Les enfants de moins de 5 ans sont à risque plus élevé d'être tués par un parent : les deux tiers des enfants de moins de 17 ans qui sont tués par un membre de la famille ont 5 ans et moins, et 29 % sont des nourrissons de moins de 1 an.⁶ Les enfants de moins de 3 ans décèdent le plus souvent après avoir été secoués (24 %) ou battus (28 %), alors que les enfants plus âgés et les adolescents sont plus susceptibles de décéder à cause d'armes à feu. Les taux d'homicides sur des enfants et des adolescents commis par un membre de la famille diminuent depuis 30 ans, atteignant un plancher historique de

3 pour un million en 2005 puis de nouveau en 2007.

Tendances

La maltraitance envers les enfants devient un problème de santé de plus en plus préoccupant. Le taux de maltraitance a augmenté de plus de 50 %, passant de 9,21 cas avérés sur 1 000 en 1998 à 14,19 en 2008.¹ Cette croissance semble attribuable principalement à l'élargissement des mandats et à la reconnaissance accrue de la maltraitance envers les enfants au sein des professionnels qui travaillent auprès d'enfants, surtout pour ce qui est du taux de négligence qui a presque doublé et du taux d'exposition à la violence conjugale qui a plus que triplé.⁷⁻⁸ En revanche, les signalements d'agression sexuelle contre les enfants ont diminué de plus de 50 % entre 1998 et 2008. L'augmentation des cas d'exposition à la violence conjugale est surtout dominée par un changement remarquable de la réaction de la police, des professionnels de la santé et des écoles, qui sont responsables de presque 90 % de tous les signalements de violence familiale. La diminution des signalements d'agression sexuelle contre les enfants est plus difficile à interpréter. Certains prétendent que cela reflète une réelle diminution des taux de victimes d'agression sexuelles, attribuable à la prévention étendue, à la détection et aux poursuites judiciaires. D'autres craignent que les enfants et les parents non agresseurs soient de plus en plus hésitants à signaler la violence.⁹

Implications pour les politiques et la pratique

La maltraitance envers les enfants est un problème de santé notable qui affecte plus de 85 000 enfants par an au Canada. Les enfants violentés et négligés sont à risque très élevé de développer des problèmes sociaux, affectifs et cognitifs à long terme. L'intervention auprès de ces enfants a cependant été fragmentaire. À part l'avènement universel de lois obligeant le signalement de cas dans tout le Canada, peu de programmes de traitement et de prévention ont été systématiquement élaborés pour répondre aux besoins de ces enfants. Un examen des taux de victimes révèle une population diverse, allant de cas de violence physique grave nécessitant une réponse urgente à des cas complexes de négligence et d'exposition à la violence conjugale, où le rôle des organismes de protection de l'enfance peut avoir besoin d'être revu. Sous la pression continue du nombre croissant de cas, les intervenants des services de protection de l'enfance cherchent des modèles plus efficaces pour collaborer avec d'autres intervenants.⁸

Références

1. Trocmé, N., Fallon, B., MacLaurin, B., Sinha, V., Black, T., Fast, E., Holroyd, J. (2010). Canadian Incidence Study of Reported Child Abuse and Neglect 2008 (CIS-2008): Major Findings (pp. 122). Ottawa, ON.: Public Health Agency of Canada.
2. U.S. Department of Health & Human Services. (2010). Child Maltreatment 2009. Washington, DC: Administration on Children, Youth and Families, Children's Bureau.
3. AIHW 2010. Child protection Australia 2008-09. Cat. no. CWS 35. Canberra: AIHW.
4. MacMillan HL, Fleming JE, Trocmé N, Boyle MH, Wong M, Racine YA, Beardslee WR, Offord DR. Prevalence of child physical and sexual abuse in the community: Results from the Ontario health supplement. *JAMA - Journal of the American Medical Association* 1997;278(2):131-135.
5. Finkelhor D. Current information on the scope and nature of child sexual abuse. *Future of Children* 1994;4(2):31-53.
6. Ogrodnik, L. (2009). Family homicides. In C. C. F. J. Statistics (Ed.), *Family Violence in Canada: A Statistical Profile, 2009* (pp. 48-56). Ottawa, ON: Statistics Canada.
7. Trocmé, N., Fallon, B., MacLaurin, B., Chamberland, C., Chabot, M., & Esposito, T. Shifting definitions of emotional maltreatment: An analysis child welfare investigation laws and practices in Canada. *Child Abuse & Neglect*. In press.

8. Trocmé, N., Fallon, B., Sinha, V., VanWert, M., Kozlowski, A., & MacLaurin, B. Differentiating between child protection and family support in the Canadian child welfare system's response to intimate partner violence, corporal punishment, and child neglect. *International Journal of Psychology*. In press.
9. Collin-Vezina, D., Helie, S., & Trocmé, N. (2010). Is child sexual abuse declining in Canada? An analysis of child welfare data. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Child Abuse & Neglect*, 34(11), 807-812.

Note :

^a Pour 17 918 cas, il n'y avait pas de preuves suffisantes pour corroborer les mauvais traitements, mais la maltraitance est demeurée soupçonnée. Dans 71 053 cas, l'enquête n'a pas permis de corroborer la maltraitance. Enfin, 61 431 cas ont fait l'objet d'une enquête pour risque futur de maltraitance même s'il n'y avait pas eu d'allégations particulières de mauvais traitements.

Violence familiale et impacts sur le développement social et affectif des jeunes enfants

Katherine M. Kitzmann, Ph.D.

University of Memphis, États-Unis

Février 2012, 2^e éd. rév.

Introduction

Les statistiques démographiques américaines indiquent que 29,4 % des enfants habitant avec deux parents vivent dans une famille dans laquelle il y a eu de la violence familiale au cours de l'année précédente.¹ Même quand les enfants qui vivent dans des foyers violents ne font pas l'objet de violence de la part des parents, ils sont souvent touchés indirectement, ce qui les place à risque.² Les enfants courent des risques physiques quand ils interviennent dans les bagarres de leurs parents ou quand ils sont accidentellement pris entre deux feux. Les enfants peuvent aussi vivre de la détresse psychologique spécialement lorsqu'ils doivent rapporter la violence aux autorités et même témoigner lors de procédures juridiques reliées aux accusations contre un parent. Les tentatives des parents de reprocher à l'enfant le conflit et l'agressivité ayant lieu entre eux peuvent aggraver la détresse de l'enfant.

Sujet

Il est important de porter attention aux témoignages des enfants parce que la violence familiale est plus susceptible de se produire dans les familles avec enfants, surtout dans celles où se trouvent des enfants de moins de cinq ans. La violence physique est plus élevée au début de la relation conjugale, quand les enfants sont susceptibles d'être jeunes.³ Les enfants vivant dans des foyers violents voient et entendent couramment des épisodes de violence conjugale et interviennent fréquemment.^{2,4,5}

De plus en plus de données indiquent que les enfants témoins de violence conjugale sont à risque de toutes sortes de problèmes psychologiques.⁶ En effet, les problèmes que l'on rencontre chez ces enfants sont très similaires à ceux des enfants qui sont directement victimes de violence physique.⁷ Étant donné que le fait d'être témoin de violence conjugale peut terroriser les enfants et perturber significativement leur socialisation, certains experts ont commencé à considérer l'exposition à la violence conjugale comme une forme de maltraitance psychologique.^{8,9,10}

Problèmes

Les enfants manifestent toutes sortes de réactions quand ils sont témoins de violence conjugale : ils interviennent, se replient ou deviennent agressifs. Ces comportements peuvent être considérés comme

adaptatifs dans le contexte de la violence familiale, mais ils sont inadaptés dans d'autres contextes.¹¹ Les enfants qui sont témoins de violence conjugale sont à risque d'un large éventail de problèmes psychologiques, affectifs, comportementaux, sociaux et scolaires.^{7,12,13,14,15,16}

Ce ne sont pas tous les enfants exposés à la violence conjugale qui manifestent des niveaux importants d'inadaptation.^{17,18} Cependant, ces enfants peuvent quand même vivre des problèmes modérés et courent le risque d'avoir des problèmes psychologiques ou interpersonnels subséquents.^{19,20} Par exemple, ils peuvent manifester des attitudes inappropriées face à la violence utilisée comme moyen de résoudre un conflit, avoir un plus grand empressement à utiliser eux-mêmes de la violence et ils peuvent être persuadés d'être responsables des conflits de leurs parents.²¹

Contexte de la recherche

Problèmes des enfants : les premières études de cas d'enfants-témoins ont commencé dans les années soixante-dix, et les premières études empiriques dans les années quatre-vingts. Peu d'études ont eu pour but l'observation des effets chez les très jeunes enfants. La recherche empirique inclut des études corrélationnelles (qui examinent les corrélations entre l'étendue de l'exposition à la violence conjugale et les problèmes de l'enfant), et des études qui comparent les groupes (comparaisons entre les groupes d'enfants ayant été exposés et ceux qui ne l'ont pas été). Les problèmes des enfants sont généralement définis à partir des rapports des parents ou des rapports des enfants eux-mêmes en ce qui concerne les problèmes d'internalisation et d'externalisation. Une plus petite série de recherches effectuées en laboratoire ont examiné les réactions des enfants à des incidents simulés ou hypothétiques de conflits entre adultes.

Traitement : des programmes de traitement comme le projet du City Hospital destiné aux enfants témoins de violence, ont été élaborés afin de répondre aux besoins spécifiques des enfants concernés.²² Cependant, peu de rapports ont été publiés sur les études incluant des groupes témoins et qui évaluent l'efficacité de ces programmes.²³ Des résultats prometteurs proviennent d'un programme de 10 semaines conçu pour aider les témoins de 8 à 13 ans à développer des façons plus efficaces de s'en sortir et de réagir face à la violence conjugale.^{24,25} Comparés au groupe témoin, les enfants ayant participé au programme ont amélioré leur attitude envers la colère entre leurs parents et ont réduit leur sentiment de responsabilité vis-à-vis de la violence de leurs parents. Un autre programme, le projet SUPPORT, a aussi été évalué dans une étude randomisée. Les enfants âgés entre quatre à neuf ans qui y participaient présentaient un taux significativement plus bas de problèmes de la conduite deux ans après le traitement que les enfants qui recevaient les services existants.²⁶

Questions clés pour la recherche

Devrait-on effectuer une distinction entre l'agressivité modérée et l'agressivité plus sévère? Dans plusieurs études, les chercheurs ne font pas de différences entre les formes plus extrêmes d'agression (étrangler, battre) et les autres (pousser, bousculer). Cette distinction pourrait être utile, à la fois pour documenter les effets de la violence et pour comprendre les mécanismes de ces effets.²⁷

Quels sont les mécanismes par lesquels le fait d'être témoin de violence conjugale peut influencer le développement? L'exposition à des formes moins graves d'agression peut influencer les enfants par le même processus identifié par la recherche sur les conflits familiaux généraux, y compris les effets directs causés par

la dérégulation et les effets indirects attribuables aux perturbations du parentage.^{19,28} L'agressivité plus sévère est plus susceptible d'être traumatisante pour les enfants, ses processus d'effets peuvent être plus similaires à ceux identifiés par la recherche sur la violence et la négligence envers les enfants que ceux identifiés par la recherche sur les conflits familiaux.

Comment mesurer les problèmes des enfants? Il est important de documenter non seulement les niveaux cliniques de détresse, mais aussi la détresse subclinique des enfants, ainsi que la résilience face à la violence familiale.^{8,29} La résilience ne devrait pas être uniquement définie comme l'absence de pathologie, mais comme la présence de compétences vis-à-vis de stressors associés à l'agression interparentale. Ainsi, lors des prochaines recherches, il sera important d'évaluer les compétences fondamentales reliées aux étapes développementales des enfants, comme l'attachement, les relations entre pairs et la réussite de l'adaptation à l'école.⁸

Récents résultats de recherche

Kitzmann et ses collègues ont effectué une méta-analyse des 118 études empiriques portant sur l'adaptation psychosociale des enfants témoins de violence conjugale.⁷ Les résultats révèlent que 63 % de ces enfants avaient de moins bons résultats que l'enfant moyen qui n'avait pas été exposé à la violence interparentale. Les problèmes incluaient l'agressivité, l'anxiété, les difficultés avec les pairs et les problèmes scolaires, tous à des degrés similaires. Des données limitées provenant d'un plus petit nombre d'études suggéraient des risques plus élevés pour les enfants d'âge préscolaire. En ce qui concerne les enfants de tout âge, les chercheurs ont observé des niveaux similaires de problèmes d'adaptation parmi ceux qui avaient été témoins de violence conjugale, ceux qui avaient été violentés et ceux qui étaient à la fois témoins et victimes d'agression physique.

Conclusions

Les enfants exposés à la violence conjugale risquent de souffrir de plusieurs problèmes psychologiques, même s'ils ne sont pas eux-mêmes la cible de l'agression physique. Ces problèmes sont similaires à ceux observés chez les enfants violentés, ce qui suggère que la violence, qu'elle se produise entre les parents ou qu'elle cible l'enfant, peut perturber son développement. Bien que les très jeunes enfants soient exposés de façon disproportionnée à la violence conjugale, peu de recherches ont porté sur l'adaptation des enfants de ce groupe d'âge. Certaines données suggèrent que les enfants plus jeunes sont plus à risque, probablement parce qu'ils ont une compréhension limitée des conflits et disposent de moins de stratégies de réponse face aux stressors. Peu de programmes de traitement ont fait l'objet d'évaluations lors d'essais aléatoires. La recherche doit inclure des mesures plus précises de la violence (par exemple, distinguer l'agressivité modérée de l'agressivité sévère), des multiples facteurs de risques (par exemple, contrôler la toxicomanie chez les parents) et des problèmes (identifier la détresse subclinique pouvant faire courir des risques de problèmes ultérieurs à l'enfant).

Implications

Politiques

Il faudrait peut-être élargir les discussions au sujet des définitions consensuelles de la violence envers l'enfant

et la distinction entre la violence et la maltraitance envers l'enfant afin de tenir compte des enfants témoins de violence à la maison, mais qui n'en sont pas la cible.^{23,27} Cette question a des répercussions directes sur les décisions touchant les arrestations, le placement de l'enfant et les interventions des services sociaux en cas de violence familiale.³⁰ En 2001, aux États-Unis, les législateurs fédéraux ont proposé le *Children Who Witness Domestic Violence Protection Act*, ou projet de loi protégeant les enfants victimes de violence familiale, mais ne l'ont pas adopté. Des versions édulcorées de cette législation ont été incluses dans le *No Child Left Behind Act* de 2002 et dans le *Keeping Children and Families Safe Act* de 2003. Ces deux lois financent des programmes destinés aux enfants témoins de violence familiale. Plusieurs provinces canadiennes ont adopté des dispositions similaires.

Traitements

Les interventions devraient cibler à la fois les effets directs de l'exposition à la violence familiale (par exemple, aider les enfants à apprendre à réagir aux stressors associés à la violence familiale), et les effets indirects attribuables aux perturbations du parentage (par exemple, aider les parents à élever leurs enfants avec constance et discipline, malgré les perturbations causées par la violence). Une approche multi-systémique du traitement pourrait être importante pour aborder les multiples influences sociales qui augmentent ou diminuent le risque chez les enfants exposés à la violence conjugale.

Références

1. McDonald R, Jouriles EN, Ramisetty-Mikler S, Caetano R, Green CE. Estimating the number of American children living in partner-violence families. *Journal of Family Psychology* 2006;20(1):137-142.
2. Fantuzzo JW, Boruch R, Beriama A, Atkins M, Marcus S. Domestic violence and children: Prevalence and risk in five major U.S. cities. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1997;36(1):116-122.
3. O'Leary KD, Barling J, Arias I, Rosenbaum A, Malone J, Tyree A. Prevalence and stability of physical aggression between spouses: A longitudinal analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1989;57(2):263-268.
4. Holden GW, Ritchie KL. Linking extreme marital discord, child rearing, and child behavior problems: Evidence from battered women. *Child Development* 1991;62(2):311-327.
5. Rosenberg MS. Children of battered women: The effects of witnessing violence on their social problem-solving abilities. *Behavior Therapist* 1987;10(4):85-89.
6. Osofsky JD. The effect of exposure to violence on young children. *American Psychologist* 1995;50(9):782-788.
7. Kitzmann KM, Gaylord NK, Holt AR, Kenny ED. Child witnesses to domestic violence: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2003;71(2):339-352.
8. McGee RA, Wolfe DA. Psychological maltreatment: Toward an operational definition. *Development and Psychopathology* 1991;3(1):3-18.
9. Peled E, Davis D. *Groupwork with children of battered women: a practitioner's guide*. Thousand Oaks, Calif: Sage Publications; 1995.
10. Somer E, Braunstein A. Are children exposed to interparental violence being psychologically maltreated? *Aggression and Violent Behavior* 1999;4(4):449-456.
11. Emery RE. Family violence. *American Psychologist* 1989;44(2):321-328.
12. Fantuzzo JW, Lindquist CU. The effects of observing conjugal violence on children: A review and analysis of research methodology. *Journal of Family Violence* 1989;4(1):77-94.
13. Jaffe PG, Wolfe DA, Wilson SK. *Children of battered women*. Newbury Park, Calif: Sage Publications; 1990.
14. Kolbo JR, Blakely EH, Engleman D. Children who witness domestic violence: A review of empirical literature. *Journal of Interpersonal Violence* 1996;11(2):281-293.
15. Margolin G, Gordis EB. The effects of family and community violence on children. *Annual Review of Psychology* 2000;51:445-479.
16. Wolak J, Finkelhor D. Children exposed to partner violence. In: Jasinski JL, Williams LM, eds. *Partner violence: A comprehensive review of 20 years of research*

. Thousand Oaks, Calif: Sage Publications; 1998:73-112.

17. Grych JH, Jouriles EN, Swank PR, McDonald R, Norwood WD. Patterns of adjustment among children of battered women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2000;68(1):84-94.
18. Hughes HM, Luke DA. Heterogeneity of adjustment among children of battered women. In: Holden GW, Geffner R, Jouriles EN, eds. *Children exposed to marital violence: Theory, research, and applied issues*. Washington DC: American Psychological Association; 1998:185-221.
19. Cummings EM. Children exposed to marital conflict and violence: Conceptual and theoretical directions. In: Holden GW, Geffner R, Jouriles EN, eds. *Children exposed to marital violence: Theory, research, and applied issues*. Washington, DC: American Psychological Association; 1998:55-93.
20. Graham-Bermann SA. The impact of woman abuse on children's social development: Research and theoretical perspectives. In: Holden GW, Geffner R, Jouriles EN, eds. *Children exposed to marital violence: Theory, research, and applied issues*. Washington, DC: American Psychological Association; 1998:21-54.
21. Jaffe PG, Hurley DJ, Wolfe DA. Children's observations of violence: I. Critical issues in child development and intervention planning. *Canadian Journal of Psychiatry* 1990;35(6):466-470.
22. Groves BM, Zuckerman B. Interventions with parents and caregivers of children who are exposed to violence. In: Osofsky JD, ed. *Children in a violent society*. New York, NY: Guilford Press; 1997:183-201.
23. National Research Council. *Understanding child abuse and neglect*. Washington, DC: National Academy Press; 1993.
24. Jaffe P, Wilson S, Wolfe DA. Promoting changes in attitudes and understanding of conflict resolution among child witnesses of family violence. *Canadian Journal of Behavioural Science* 1986;18(4):356-366.
25. Wagar JM, Rodway MR. An evaluation of a group treatment approach for children who have witnessed wife abuse. *Journal of Family Violence* 1995;10(3):295-306.
26. McDonald R, Jouriles EN, Skopp NA. Reducing conduct problems among children brought to women's shelters: Intervention effects 24 months following termination of services. *Journal of Family Psychology* 2006;20(1):127-136.
27. Emery RE, Laumann-Billings L. An overview of the nature, causes, and consequences of abusive family relationships: Toward differentiating maltreatment and violence. *American Psychologist* 1998;53(2):121-135.
28. Owen AE, Thompson MP, Kaslow NJ. The mediating role of parenting stress in the relation between intimate partner violence and child adjustment. *Journal of Family Psychology* 2006;20(3):505-513.
29. Cicchetti D, Lynch M. Failures in the expectable environment and their impact on individual development: The case of child maltreatment. In: Cicchetti D, Cohen DJ, eds. *Risk, disorder, and adaptation*. Oxford, England: John Wiley & Sons; 1995:32-71. *Developmental Psychopathology*, vol 2.
30. Chalk R, King PA, eds. *Violence in families: Assessing prevention and treatment programs*. Washington, DC: National Academy Press; 1998.
31. Henggeler SW, Mihalic SF, Rone L, Thomas C, Timmons-Mitchell J. *Blueprints for violence prevention: Multisystemic therapy*. Boulder, Colo: University of Colorado; 1998.