



Violence sociale

Mise à jour : Janvier 2023

Éditeur au développement du thème :

Richard E. Tremblay, Ph.D., Université de Montréal, Canada et University College Dublin, Irlande

Table des matières

Synthèse	5
<hr/>	
Le châtime ^{nt} corporel	8
¹ JENNIFER E. LANSFORD, PH.D., ² SOMBAT TAPANYA, PH.D., ³ PAUL ODHIAMBO OBURU, PH.D., AVRIL 2022	
<hr/>	
La violence collective et les enfants	20
JOANNE KLEVENS, M.D., PH.D., JANVIER 2012	
<hr/>	
Prévention précoce de l'agressivité chez les enfants dans les pays en voie de développement	29
LUIS FERNANDO DUQUE, M.D., M.S.P., ALEXANDRA RESTREPO, M.D., M.SC., FÉVRIER 2012	
<hr/>	
La promotion de la petite enfance comme stratégie de prévention de la violence	37
FERNANDO P. CUPERTINO DE BARROS, M.D., NEREU HENRIQUE MANSANO, M.D., ALESSANDRA SCHNEIDER, M.A., JANVIER 2012	
<hr/>	
Les effets de la violence communautaire sur le développement de l'enfant	45
¹ NANCY G. GUERRA, EDD, ² CARLY DIERKHISING, M.A., JANVIER 2012	
<hr/>	
Effets de la violence physique familiale et communautaire sur le développement de l'enfant : Prévalence, facteurs de risque et lacunes de la recherche	51
¹ HOLLY FOSTER, PH.D., ² JEANNE BROOKS-GUNN, PH.D., JANVIER 2023	
<hr/>	

Thème financé par



Synthèse

Est-ce important?

La violence sociale réfère à tout type de violence commise par des individus ou la communauté qui a un impact social. Ces actes violents prennent des formes variées d'un pays à l'autre, notamment les conflits armés, la violence de gang, l'agression physique parentale (par ex., le châtiment corporel), le terrorisme, le déplacement forcé et la ségrégation. L'exposition à la violence peut être directe (être victime d'un acte violent) ou indirecte (entendre parler de violence ou être témoin de violence impliquant d'autres individus). Au cours de la dernière décennie, plus de deux millions d'enfants de moins de 18 ans dans le monde sont décédés des suites directes d'un conflit armé et au moins six millions ont été grièvement blessés. On estime aussi que 25 % et 40 % des enfants âgés entre 2 et 17 ans aux États-Unis et dans les régions du sud de l'Afrique, respectivement, sont exposés à la violence dans leur communauté. En plus de grandir dans un contexte adverse, la plupart de ces enfants sont aussi privés socialement d'une éducation formelle, de soins de santé, d'électricité, d'eau potable et de services sanitaires.

Malgré ces estimations élevées, on a accordé peu d'attention, au cours des dernières décennies, à l'exposition des enfants d'âge préscolaire à la violence sociale, comparativement à l'exposition des enfants plus âgés. Or, l'étude de la violence sociale subie au cours de la période préscolaire est particulièrement importante, puisque la violence influence le développement des enfants dans plusieurs domaines (physique, social, neurologique et émotionnel) et à différents niveaux.

Que savons-nous?

Les jeunes enfants sont particulièrement vulnérables à la violence sociale à cause de leur capacité limitée à réguler leur détresse psychologique, réduire la menace ou s'éloigner de la situation violente. Lorsqu'ils sont exposés à des formes directes ou indirectes de violence sociale, ils sont susceptibles de vivre un stress sévère, incontrôlable et chronique, qui influence en retour les systèmes cérébraux de réponse au stress. Plus précisément, une forte exposition à la violence communautaire crée un état constant de peur, augmentant la sensibilité des enfants aux stimuli externes (par ex., les sons) et réduisant leur capacité à s'abstenir de s'engager dans une action spécifique. En conséquence, ces réactions accroissent leur risque de développer des troubles de

santé mentale (par ex., la dépression, l'anxiété et le trouble de stress post-traumatique), de faire face à des problèmes sociaux, éducatifs et de santé et de s'engager dans des comportements à risque (par ex., l'abus de substance, l'agressivité) tout au long de leur vie. Ces problèmes d'adaptation sont aussi susceptibles de survenir lorsque les enfants sont victimes de châtements corporels. Au lieu de remédier aux comportements perturbateurs des enfants, l'utilisation de la force physique par les parents prédit, en fait, plus d'agressivité, de délinquance et de comportements antisociaux chez les enfants.

Il est important de garder en tête que des facteurs comme l'âge et le sexe des enfants, le degré d'exposition à la violence, la nature de l'exposition (directe ou indirecte, par son impact sur les personnes responsables de l'enfant) et le contexte culturel influencent tous l'impact négatif de la violence sociale sur les enfants. Par exemple, l'effet de la violence communautaire sur les problèmes d'internalisation (par ex., la dépression, l'anxiété) est plus fort chez les jeunes enfants que chez les plus vieux. Cependant, en vieillissant, les enfants s'engagent eux-mêmes de plus en plus dans la violence communautaire et ils présentent donc plus de problèmes d'externalisation (par ex., des comportements agressifs/violents) que les enfants plus jeunes. Les enfants qui vivent dans des quartiers défavorisés sont les plus à risque d'être exposés à la violence communautaire. Finalement, les réponses comportementales des enfants à la violence communautaire sont influencées par la réaction de leur mère aux événements violents. Des résultats de recherche indiquent que les comportements maternels dépressifs en réponse à la violence communautaire tendent à augmenter les problèmes comportementaux des enfants.

Que peut-on faire ?

Pour confronter et prévenir les difficultés que risquent de développer les enfants exposés à la violence sociale, il faut des interventions à l'échelle communautaire et sociétale conçues pour favoriser la résilience individuelle, familiale et communautaire. Comme l'exposition à la violence augmente la probabilité que les enfants s'engagent dans des comportements risqués en vieillissant (par ex., l'agressivité et le décrochage scolaire), le développement de programmes polyvalents conçus pour cibler plusieurs facteurs de risque précoces constitue une avenue pour favoriser le fonctionnement social, émotif et comportemental des enfants. Un autre facteur important pour atténuer l'influence de la violence sociale sur l'évolution des enfants est le bien-être de la personne qui s'occupe d'eux. Les interventions de soutien aux familles exposées à la violence sont encouragées (par ex., des visites à domicile). Les parents doivent aussi avoir accès

à un logis adéquat, de la nourriture en quantité suffisante, de l'eau potable et des soins de santé pour supporter le fonctionnement de leur famille. Ces ressources sont susceptibles de réduire le stress des adultes responsables des enfants, ce qui, en retour, diminue le risque de perpétuation de la violence par les enfants plus âgés. Spécifiquement, les parents qui ont accès à des services de soutien sont plus en mesure d'offrir des soins sécuritaires, stables et sensibles à leurs enfants et de réduire ainsi les conséquences négatives de leur exposition à la violence. En plus d'atténuer les impacts négatifs de l'exposition à la violence sur les enfants, les interventions visant à améliorer le fonctionnement des familles et l'accès à des services de soutien sont susceptibles de réduire l'utilisation du châtiment corporel par les parents.

Il est aussi important que le gouvernement et les agences non-gouvernementales (par ex., les organisations sociales ainsi que les institutions académiques et de recherche) fassent front commun et agissent de façon proactive pour prévenir et réduire l'occurrence de la violence sociale. Par exemple, le Conseil National des Secrétaires d'État de la santé du Brésil (CONASS), en collaboration avec ses partenaires, a compilé une série de stratégies d'intervention et de politiques pour prévenir et remédier à la violence. Le lancement de campagnes d'éducation du public, la promotion de la formation des équipes responsables du programme de santé de la famille et des changements législatifs pour réduire la violence routière font partie de leurs propositions pour réduire la violence sociale. Finalement, les décideurs politiques devraient porter une attention particulière à la façon dont les politiques actuelles et futures influencent les causes des conflits armés et, potentiellement, maintiennent et renforcent l'exclusion de sous-groupes. La protection de tous les membres de la société et un accès égalitaire aux ressources devraient figurer parmi les priorités des gouvernements.

Le châtimeur corporel

¹Jennifer E. Lansford, Ph.D., ²Sombat Tapanya, Ph.D., ³Paul Odhiambo Oburu, Ph.D.

¹Duke University, Center for Child and Family Policy, États-Unis, ²Chiang Mai University,

Department of Psychiatry, Thaïlande, ³Maseno University, Kenya

Avril 2022, Éd. rév.

Introduction

L'une des principales responsabilités des parents et des enseignants est d'encourager les comportements souhaitables des enfants et de gérer leurs mauvais comportements lorsqu'ils surviennent. Les parents et les enseignants ont plusieurs options pour gérer les comportements des enfants, qui vont de l'orientation proactive visant à prévenir les mauvaises conduites avant qu'elles se produisent aux méthodes réactives de punition suite à un mauvais comportement. La façon la plus controversée par laquelle certains parents et enseignants tentent de gérer le comportement des enfants est sans doute le châtimeur corporel (CC), qui a été défini comme l'emploi de la force physique par un adulte pour causer une douleur, mais pas une blessure, dans le but de corriger ou contrôler un comportement inapproprié de l'enfant.¹ Cet article se concentre sur l'utilisation du CC par les parents plutôt que par les enseignants, car plus d'enfants en sont victimes à la maison qu'à l'école. De plus, la majorité des recherches sur le sujet ont porté sur l'emploi du CC par les parents. Cependant, plusieurs des problématiques décrites s'appliquent au CC en général, qu'il se produise à la maison ou à l'école.

Sujet

Le CC est largement utilisé par les parents et tuteurs à travers le monde. Dans une étude sur l'utilisation du CC par les parents ou tuteurs d'enfants de 2 à 4 ans menée auprès de 30 470 familles provenant de 24 pays à revenu faible et intermédiaire, 63 % des dispensateurs de soins primaires ont rapporté qu'une personne dans leur foyer avait utilisé une punition corporelle envers leur enfant au cours du dernier mois.² De plus, 29 % des parents ou tuteurs ont rapporté qu'ils croient en la nécessité d'utiliser le CC pour élever un enfant correctement.² Dans une étude menée auprès de 1 417 familles comportant des enfants de 7 à 9 ans dans neuf pays, plus de la moitié des enfants avaient reçu une punition corporelle au cours du dernier mois.³ Même avec cet échantillon d'enfants plus âgés, 17 % des parents croyaient en la nécessité d'utiliser le CC pour

élever leur enfant.³

Malgré l'utilisation répandue du CC, il existe une large gamme d'attitudes à son égard et de grandes différences dans son utilisation entre les pays et au sein de chacun d'eux. En ce qui concerne les attitudes, entre 27 et 38 % de la variance des croyances des parents quant à la nécessité d'utiliser le CC peut être expliquée par le pays dans lequel ils vivent.² En ce qui concerne l'utilisation du CC, la réaction auto-rapportée la plus commune en Jamaïque suite à une mauvaise conduite de l'enfant est de le fouetter ou de le battre.⁴ Également, 40 % des parents en Mongolie ont rapporté avoir vu quelqu'un dans leur foyer battre un enfant au cours du dernier mois et 44 % des parents gambiens ont rapporté avoir vu un enfant être frappé avec un objet au cours du dernier mois.² À l'autre extrême, la Suède devenait le premier pays en 1979 à interdire légalement le CC à la maison. Il est maintenant interdit légalement dans les écoles dans plus de 100 pays et banni dans tous les contextes (incluant à l'école et à la maison) dans 63 pays.⁵ Dans certains des pays où le CC est interdit légalement, les attitudes à son égard ont commencé à changer avant son interdiction légale, ce qui a permis à cette interdiction d'être acceptée par la population; puis, après la création des lois, des changements additionnels dans les attitudes et les comportements se sont produits.⁶ Dans d'autres pays, des interdictions légales ont été adoptées dans le but de modifier les attitudes et les comportements. Il existe une variabilité entre les pays quant à la façon dont les parents et les enseignants adhèrent à l'interdiction légale. En plus de ces différences notables entre les pays, il y a aussi des différences au sein de chacun en ce qui concerne l'utilisation du CC par les parents, qui peuvent être expliquées par une variété de facteurs sociodémographiques et de facteurs propres à l'enfant ou au parent.

Problèmes

Le CC est une question relative aux droits de l'Homme qui a pris une ampleur croissante à l'échelle mondiale au cours des dernières décennies. En 1989, l'Assemblée générale des Nations Unies a adopté la Convention internationale des droits de l'enfant (CIDE). À ce jour, tous les pays à l'exception des États-Unis, ont ratifié la CIDE. Les pays qui l'ont ratifiée sont donc obligés d'examiner leurs politiques, leurs lois et leurs normes culturelles pour s'assurer qu'elles respectent le droit des enfants à la protection.⁷ Les Nations Unies considèrent officiellement la violence physique à l'égard des enfants (incluant le CC) comme une violation de leurs droits en vertu de la CIDE et ont fixé l'objectif de « mettre fin à la justification de l'utilisation de la violence envers les enfants, qu'elle soit acceptée en tant que « tradition » ou déguisée sous forme de « discipline » ». ^{8(p5)} Les Objectifs de Développement Durable des Nations Unies, qui guident l'agenda

international jusqu'en 2030, ont réitéré l'objectif de « mettre fin à la maltraitance, à l'exploitation, à la traite et à toutes les formes de violence et de torture à l'encontre des enfants ». Les progrès vers la réalisation de cet objectif sont mesurés par le pourcentage d'enfants ayant subi un châtement corporel ou une agression psychologique (par ex., traiter l'enfant de paresseux, de stupide ou d'autres insultes) de la part des personnes qui s'en occupent au cours du dernier mois.

Il a été montré que le CC, en plus de contrevenir aux droits de l'Homme, est inefficace pour susciter des comportements souhaitables et constitue un facteur de risque pour une large gamme de problèmes d'adaptation de l'enfant.^{10,11} Par exemple, les victimes de CC sont plus à risque de développer des problèmes d'externalisation, comme l'agressivité et la délinquance, de même que des problèmes d'internalisation, comme la dépression et l'anxiété.^{10,11}

Contexte de la recherche

Au moins trois facteurs sont importants pour décrire le contexte de la recherche sur le CC. Le premier est l'âge de l'enfant qui est puni. L'utilisation du CC par les parents atteint un sommet lorsque l'enfant est âgé entre 2 et 5 ans et décline par la suite.¹² Pour comprendre la prévalence du CC et la façon dont il affecte l'adaptation des enfants, il est important de considérer l'âge des enfants impliqués.

Le second facteur est l'aspect multidimensionnel du CC. Il faut évaluer la fréquence à laquelle les parents l'utilisent, la sévérité avec laquelle il est administré (par ex., avec la main seulement ou avec un objet) et le contexte dans lequel il se produit (par ex., de façon omniprésente ou en dernier recours après des tentatives infructueuses de gérer le comportement par des moyens non-physiques). Les taux de prévalence qui indiquent la proportion de parents ayant déjà utilisé une forme quelconque de CC sont élevés (par ex., plus de 90 % des parents américains l'ont déjà utilisé).¹² La fréquence avec laquelle le CC est utilisé varie selon l'âge des enfants.^{3,12} La haute fréquence, la grande sévérité et l'omniprésence du CC sont liés à une hausse des problèmes d'adaptation chez l'enfant.

Le troisième facteur caractéristique de la recherche sur le CC est la variabilité dans la rigueur méthodologique des études. Par exemple, les mesures de la fréquence, de la sévérité et de la nature des CC administrés varient entre les études. Les études peuvent aussi reposer sur des échantillons probabilistes ou empiriques, être transversales ou longitudinales, recueillir des données actuelles ou rétrospectives, et contrôler ou non pour des variables confondantes qui

pourraient expliquer autrement les liens entre le CC et l'adaptation des enfants. Ces caractéristiques méthodologiques des études ont des implications sur les conclusions qu'on peut en tirer. Par exemple, dans les études où les problèmes de comportements initiaux de l'enfant sont contrôlés statistiquement lors de l'analyse des liens entre le CC et les problèmes de comportement, on peut évaluer si le CC mène à une augmentation des problèmes de comportement, en plus de ceux qui existaient antérieurement et qui ont pu susciter l'utilisation du CC.

Questions clés de la recherche

La recherche a abordé quatre questions clés en matière d'utilisation du CC par les parents. Premièrement, de quelle façon le CC affecte-t-il l'adaptation comportementale, cognitive et sociale ultérieure des enfants? Deuxièmement, par quels mécanismes le CC affecte-t-il l'adaptation ultérieure des enfants? Troisièmement, est-ce que le CC affecte tous les enfants de la même façon ou est-ce que certaines caractéristiques des enfants ou du contexte dans lequel il est utilisé le rendent plus ou moins préjudiciable pour certains enfants que pour d'autres? Quatrièmement, quels facteurs prédisent l'utilisation du CC par les parents?

Résultats récents de la recherche

Une grande quantité de recherches suggèrent que le CC est lié à plusieurs problèmes d'adaptation ultérieurs. Dans une méta-analyse classique de 88 études, il a été montré que le CC permet de prédire une augmentation de l'agressivité, des comportements délinquants et antisociaux, des problèmes de santé mentale et du risque de maltraitance physique au cours de l'enfance, ainsi qu'une diminution de l'intériorisation morale et de la qualité des relations parent-enfant.¹⁰ La même méta-analyse a conclu que les enfants victimes de CC commettaient plus d'agressions à l'âge adulte, avaient plus de comportements criminels et antisociaux, plus de problèmes de santé mentale et étaient plus à risque d'être eux-mêmes violents envers leur conjoint ou leur propre enfant.¹⁰ Dans la méta-analyse, la seule conséquence positive prédite par le CC était l'obéissance immédiate de l'enfant.¹⁰

Le CC prédit aussi un certain nombre de problèmes cognitifs, dont un quotient intellectuel plus faible.^{13,14} Cependant, ces résultats restent controversés, car quelques chercheurs soutiennent que le lien entre le CC et les problèmes d'adaptation des enfants ne signifie pas que le CC entraîne un développement plus problématique mais témoigne plutôt du fait que les enfants ayant plus de

problèmes de comportements suscitent plus de discipline de tous les types, incluant le CC.^{15,16} Ces chercheurs rappellent aussi les limites méthodologiques de la recherche sur le CC (par ex., le fait que ce soit les mères qui rapportent à la fois leur propre comportement et le comportement de l'enfant, ce qui mène à l'inflation des corrélations parce que l'information provient d'une seule source) pour soutenir que les résultats disponibles ne sont pas suffisants pour établir un lien causal entre l'utilisation du CC et les problèmes d'adaptation subséquents des enfants.^{15,16} Toutefois, étant donné les nombreux risques liés au CC et le manque d'appuis empiriques à l'effet qu'il améliore les comportements des enfants (ce qui devrait vraisemblablement être le but des parents lorsqu'ils l'utilisent), les risques de l'employer semblent trop grands pour être ignorés.

Certaines études suggèrent que l'un des mécanismes majeurs par lequel le CC affecte l'adaptation ultérieure des enfants passe par leur perception de la chaleur et de l'acceptation versus de l'hostilité et du rejet dont leurs parents font preuve à leur égard.¹⁷ Si le CC amène les enfants à percevoir que leurs parents sont hostiles et les rejettent, alors ces perceptions mèneront à l'escalade des problèmes de comportement des enfants et à une altération de la qualité de leurs relations sociales. Cependant, si les enfants continuent de percevoir que leurs parents sont chaleureux et les acceptent, alors l'utilisation du CC peut ne pas mener à des problèmes d'adaptation chez les enfants. Un enjeu important lié au CC est qu'il est souvent administré dans le feu de l'action, sous le coup de la colère. Par exemple, dans une étude menée auprès de parents américains de classe moyenne de descendance principalement européenne, 85 % des répondants ont rapporté qu'ils ressentent des niveaux modérés à élevés de colère, de remords et d'agitation lorsqu'ils doivent faire face à un comportement indésirable de leur enfant.¹⁸ Dans un autre échantillon composé de mères américaines, 54 % des répondantes ont rapporté que l'utilisation du CC n'était pas appropriée dans plus de la moitié des cas où elles l'avaient utilisé.¹⁹ Si les enfants perçoivent que leurs parents ont perdu le contrôle et déchaînent leur colère sur eux, ces réactions cognitives et émotionnelles au CC peuvent mener à une adaptation ultérieure plus problématique.²⁰

Un autre mécanisme par lequel le CC affecte l'adaptation des enfants passe par l'altération de leur traitement cognitif de l'information sociale. Par exemple, comparativement à des enfants qui ne subissent pas de punition corporelle, ceux qui en subissent sont plus susceptibles de percevoir une intention hostile dans le comportement des autres, de générer des solutions agressives dans des situations sociales provocantes et de considérer l'agressivité comme une bonne façon d'agir en contexte social.²¹ Chacun de ces biais cognitifs accroît en retour la probabilité que les enfants

se conduisent de façon agressive.²²

Tous les enfants ne réagissent pas au CC de la même façon; plusieurs facteurs peuvent altérer la façon dont le CC est relié à l'adaptation des enfants. L'un de ces facteurs est la normativité culturelle du CC. Dans une étude menée auprès de répondants provenant de six pays (Chine, Indes, Italie, Kenya, Philippines et Thaïlande), l'utilisation plus fréquente du CC par les mères était reliée à des niveaux plus élevés d'agressivité et d'anxiété chez les enfants dans tous les pays représentés. Toutefois, l'association entre le CC et les problèmes d'adaptation était plus forte dans les pays où l'utilisation du CC n'est pas normative et plus faible dans les pays où elle l'est.²³ Certains résultats suggèrent également que le CC est plus néfaste s'il est administré à des enfants de moins de deux ans ou de plus de 13 ans, s'il est utilisé plus souvent qu'une fois par semaine et s'il est sévère (par ex., administré avec des objets plutôt qu'avec la main nue).²⁴

Bien que la plupart des recherches aient porté sur les problèmes d'adaptation que le CC permet de prédire, une plus petite quantité d'études ont investigué les facteurs prédictifs de l'utilisation du CC par les parents. Ces facteurs regroupent des facteurs démographiques, des caractéristiques du comportement de l'enfant et des facteurs propres aux parents. Par exemple, les parents sont plus susceptibles d'employer le CC s'ils ont des enfants au tempérament difficile ou si le niveau de stress familial est élevé.²⁵ Des contextes culturels particuliers rendent aussi les parents plus ou moins susceptibles d'utiliser le CC. Par exemple, selon des données ethnographiques recueillies par des anthropologues dans 186 sociétés préindustrielles, le CC est plus prévalent dans celles où le degré de stratification sociale est élevé et où le processus décisionnel politique est non-démocratique, peut-être parce que les parents cherchent à socialiser les enfants pour qu'ils puissent fonctionner dans une société où les pouvoirs sont inégaux et où les comportements soumis et obéissants sont particulièrement valorisés.²⁶ De plus, plusieurs groupes religieux et culturels endossent le châtement corporel par le biais d'adages comme « qui aime bien châtie bien ».²⁷

Globalement, la meilleure description que l'on puisse faire de la littérature scientifique actuelle est qu'elle démontre que les problèmes de comportement des enfants et l'utilisation du CC par les parents devraient être considérés comme des parties d'un même système réciproque dans lequel les problèmes de comportement des enfants suscitent une punition corporelle, qui mène ensuite à une escalade des problèmes de comportement des enfants et à d'autres CC, le tout formant un cycle coercitif qui se perpétue au fil du temps.^{28,29} Par conséquent, la recherche axée à la fois sur les facteurs qui prédisent l'utilisation du CC par les parents et sur les conséquences du CC pour

l'enfant captent mieux la grande complexité de ce système bidirectionnel. De plus, l'avancement des connaissances sur le sujet passera par l'inclusion dans les études de mécanismes permettant d'expliquer les associations observées au fil du temps et d'autres facteurs pouvant altérer les liens entre le CC et l'adaptation de l'enfant.

Lacunes de la recherche

Malgré les grands progrès effectués dans la compréhension des associations complexes entre le CC et l'adaptation des enfants, la recherche sur ce sujet comporte toujours des lacunes, dont la suivante. Jusqu'à présent, peu d'études ont tenté de comprendre comment les facteurs génétiques interagissent avec les CC pour modifier le développement des enfants. Or, les facteurs génétiques et environnementaux interagissent pour façonner les comportements. Une étude a démontré que le risque de conduite délinquante conféré par un génotype particulier de la monoamine oxydase A était exacerbé par l'expérience du CC.³⁰ Il sera important d'inclure des facteurs génétiques dans les études à venir, à la fois pour départager les influences génétique et environnementale sur l'adaptation des enfants et pour comprendre comment elles agissent de concert.

Conclusions

Une grande proportion de parents utilisent le CC pour essayer de gérer le comportement de leurs enfants, mais une prépondérance de preuves indique que le CC a l'effet indésirable d'accentuer les problèmes comportementaux des enfants au lieu de les réduire. Le mécanisme qui lie l'utilisation du CC et les problèmes d'adaptation ultérieurs des enfants passe par les perceptions cognitives et émotionnelles qu'ont les enfants du CC. De plus, des facteurs contextuels comme la normativité culturelle peuvent renforcer ou affaiblir les liens entre le CC et l'adaptation des enfants. Des facteurs sociétaux et les problèmes de comportements antérieurs des enfants influencent aussi la probabilité que les parents utilisent le CC.

L'utilisation du CC est problématique pour deux raisons. La première est que les recherches scientifiques démontrent l'absence de bénéfices du CC pour susciter les comportements désirés à long terme et montrent plutôt ses nombreux risques pour l'adaptation des enfants. Le second problème est éthique et moral plutôt que scientifique. Au cours des dernières décennies, la communauté internationale a accordé une importance croissante à l'élimination de la violence (dont le CC) à l'égard des enfants, afin d'assurer le droit des enfants à la protection, tel que

stipulé dans la Convention internationale des droits de l'enfant.

Implications pour les parents, les services et les politiques

De nombreuses organisations professionnelles ont plaidé pour l'abolition des châtiments corporels. Par exemple, l'American Academy of Pediatrics (Académie américaine de pédiatrie) a publié une déclaration politique à l'effet que l'utilisation du CC est « peu efficace à court terme et pas efficace à long terme », et a recommandé que « les parents soient encouragés et aidés à développer des méthodes autres que la fessée pour gérer les comportements indésirables ». ^{31(pp 1,2)} Au-delà du niveau individuel, les Nations Unies, l'Organisation mondiale de la santé et d'autres organismes internationaux ont fait campagne pour que les pays interdisent légalement l'utilisation du CC dans tous les contextes. ³²

En partie suite à leur obligation d'assurer le droit des enfants à la protection contre la violence, tel qu'énoncé dans la Convention internationale des droits de l'enfant, les pays ont graduellement incorporé de plus en plus d'interventions éducationnelles et comportementales liées au CC dans leurs programmes parentaux nationaux. ³³ Ces programmes ont pris une variété de formes. Certains proposent des interventions préventives visant à réduire le stress, la consommation de substances et la pauvreté des parents et à améliorer leur accès à des services de support pour tenter de réduire leur utilisation du CC. ³⁴ Une autre approche a été d'offrir aux parents de l'information sur les risques du CC et sur des méthodes de discipline alternatives non-violentes. Par exemple, aux Philippines, le Parent Effectiveness Service est un programme de parentage multidimensionnel qui propose de l'information pour aider les parents à gérer le comportement de leurs jeunes enfants. ³³ Une troisième approche a été de lancer des campagnes de sensibilisation publique dans le cadre de stratégies nationales de réduction du CC à la maison. Par exemple, l'interdiction légale d'utiliser le CC était imprimée sur les cartons de lait en Suède au moment de l'entrée en vigueur de la législation à cet effet. ⁶ D'autres interventions visent à réduire l'utilisation du CC par les enseignants et à favoriser la discipline positive en milieu scolaire. ³⁵

Étant donné l'utilisation répandue du CC et la croyance aussi répandue, dans certains pays, selon laquelle il est nécessaire de l'utiliser pour élever un enfant, les initiatives entreprises pour éliminer la violence à l'égard des enfants devront cibler cette croyance et offrir aux parents et tuteurs des alternatives non-violentes pour remplacer le CC. Le défi sera de travailler avec les adultes pour concevoir des stratégies alternatives de gestion du comportement des enfants qui ne reposent pas sur l'utilisation du CC.

Références

1. Straus MA, Donnelly M. In: Donnelly M, Straus MA, eds. *Corporal punishment in theoretical perspective*. New Haven, CT: Yale University Press; 2005:3-7.
2. Lansford JE, Deater-Deckard K. Childrearing discipline and violence in developing countries. *Child Development*. 2012;83(1):62-75.
3. Lansford JE, Alampay L, Bacchini D, Bombi AS, Bornstein MH, Chang L, Deater-Deckard K, Di Giunta L, Dodge KA, Oburu P, Pastorelli C, Runyan DK, Skinner AT, Sorbring E, Tapanya S, Tirado LM, Zelli A. Corporal punishment of children in nine countries as a function of child gender and parent gender. *International Journal of Pediatrics*. 2010: 672780. doi:10.1155/2010/672780.
4. Smith DE, Mosby G. Jamaican child-rearing practices: the role of corporal punishment. *Adolescence*. 2003;38:370-381.
5. Global initiative to end all corporal punishment of children. <http://www.endcorporalpunishment.org/>. Consulté le 25 avril 2022.
6. Durrant JE, Smith AB, eds. *Global pathways to abolishing physical punishment: Realizing children's rights*. New York, NY: Routledge; 2011.
7. UNICEF. Convention on the Rights of the Child. 2008.
8. Pinheiro PS. Report of the independent expert for the United Nations study on violence against children. New York: United Nations; 2006.
9. Danish Institute for Human Rights. The human rights guide to the Sustainable Development Goals. <http://sdg.humanrights.dk/>. 2018.
10. Gershoff ET. Corporal punishment by parents and associated child behaviors and experiences: a meta-analytic and theoretical review. *Psychological Bulletin*. 2002;128(4):539-579.

11. Gershoff ET, Grogan-Kaylor A. Spanking and child outcomes: old controversies and new meta-analyses. *Journal of Family Psychology*. 2016;30(4):453-469.
12. Straus MA, Stewart JH. Corporal punishment by American parents: national data on prevalence, chronicity, severity, and duration, in relation to child and family characteristics. *Clinical Child and Family Psychology Review*. 1999;2(2):55-70.
13. Berlin LJ, Ispa JM, Fine MA, Malone PS, Brooks-Gunn J, Brady-Smith C, Ayoub C, Bai Y. Correlates and consequences of spanking and verbal punishment for low-income White, African American, and Mexican American toddlers. *Child Development*. 2009;80(5):1403-1420.
14. Straus MA, Paschall MJ. Corporal punishment by mothers and development of cognitive ability: a longitudinal study of two nationally representative age cohorts. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*. 2009; 18(5):459-483.
15. Baumrind D, Larzelere RE, Cowan PA. Ordinary physical punishment: Is it harmful? Comment on Gershoff (2002). *Psychological Bulletin*. 2002;128(4):580-589.
16. Larzelere RE. Child outcomes of nonabusive and customary physical punishment by parents: an updated literature review. *Clinical Child and Family Psychology Review*. 2000;3(4):199-221.
17. Rohner RP. *The warmth dimension: Foundations of parental acceptance-rejection theory*. Thousand Oaks, CA: Sage; 1986.
18. Graziano AM, Hamblen JL. Subabusive violence in child rearing in middle-class American families. *Pediatrics*. 1996;98(4 Pt 2):845-848.
19. Straus MA. Spanking and the making of a violent society. *Pediatrics*. 1996;98(4 Pt 2):837-842.
20. Lansford JE, Malone PS, Dodge KA, Chang L, Chaudhary N, Tapanya S, Oburu P, Deater-Deckard K. Children's perceptions of maternal hostility as a mediator of the link between

discipline and children's adjustment in four countries. *International Journal of Behavioral Development*. 2010;34(2):452-461.

21. Weiss B, Dodge KA, Bates JE, Pettit GS. Some consequences of early harsh discipline: child aggression and a maladaptive social information processing style. *Child Development*. 1992;63(6):1321-1335.
22. Crick NR, Dodge KA. A review and reformulation of social information- processing mechanisms in children's social adjustment. *Psychological Bulletin*. 1994;115(1):74-101.
23. Lansford JE, Chang L, Dodge KA, Malone PS, Oburu P, Palmérus K, Bacchini D, Pastorelli C, Bombi AS, Zelli A, Tapanya S, Chaudhary N, Deater-Deckard K, Manke B, Quinn N. Physical discipline and children's adjustment: cultural normativeness as a moderator. *Child Development*. 2005;76(6):1234-1246.
24. Larzelere RE, Kuhn BR. Comparing child outcomes of physical punishment and alternative disciplinary tactics: a meta-analysis. *Clinical Child and Family Psychology Review*. 2005;8(1):1-37.
25. Lansford JE, Criss MM, Dodge KA, Shaw DS, Pettit GS, Bates JE. Trajectories of physical discipline: antecedents and developmental outcomes. *Child Development*. 2009;80(5):1385-1402.
26. Ember CR, Ember M. Explaining corporal punishment of children: a cross- cultural study. *American Anthropologist*. 2005;107(4):609-619.
27. Gershoff ET, Miller PC, Holden GW. Parenting influences from the pulpit: religious affiliation as a determinant of parental corporal punishment. *Journal of Family Psychology*. 1999;13(3):307-320.
28. Lansford JE, Criss MM, Laird RD, Shaw DS, Pettit GS, Bates JE, Dodge KA. Reciprocal relations between parents' physical discipline and children's externalizing behavior during middle childhood and adolescence. *Development and Psychopathology*. 2011;23(1):225-238.

29. Patterson GR, Reid JB, Dishion TJ. *Antisocial boys*. Eugene, OR: Castalia; 1992.
30. Edwards AC, Dodge KA, Latendresse SJ, Lansford JE, Bates JE, Pettit GS, Budde JP, Goate AM, Dick DM. MAOA-uVNTR and early physical discipline interact to influence delinquent behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2010;51(6):679-687.
31. Sege RD, Siegel BS; Council on Child Abuse and Neglect; Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health. Effective discipline to raise healthy children. *Pediatrics*. 2018;142(6):e20183112.
32. World Health Organization. Changing cultural and social norms supportive of violent behavior. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2009.
33. Lansford JE, Bornstein MH. Review of parenting programs in developing countries. New York: UNICEF; 2007.
34. Daro D, Dodge KA. Creating community responsibility for child protection: possibilities and challenges. *Future of Children*. 2009;19(2):67-97.
35. Tapanya S. Corporal punishment in Thailand. Bangkok: Save the Children; 2010.

La violence collective et les enfants

Joanne Klevens, M.D., Ph.D.

Centers for Disease Control and Prevention, États-Unis

Janvier 2012

Introduction

La violence collective désigne toutes les formes de violence commise par des groupes d'individus ou des états.¹ On l'appelle violence sociale lorsqu'elle est utilisée pour faire avancer un agenda social (par ex., l'homicide des enfants des rues par la police, la violence de gang, le terrorisme commis par des groupes haineux, le racisme structurel), violence politique lorsqu'elle est utilisée pour des raisons politiques (par ex., les conflits armés ou le terrorisme impliquant des guérillas ou des forces paramilitaires) et violence économique lorsqu'elle est au service de considérations économiques (par ex., le terrorisme commis par des cartels de la drogue, l'exclusion sociale des pauvres).¹ Le présent chapitre fait référence à ces trois types de violence collective, puisque les distinctions dans les motifs des agresseurs ne sont pas pertinentes lorsqu'on considère l'impact de la violence sur la santé des enfants. Cependant, bien que les actes d'omission (par ex., empêcher l'accès des enfants à l'éducation, aux soins de santé ou à d'autres nécessités de base) puissent aussi avoir des impacts sérieux sur la santé et le développement des enfants, les effets de ce type de violence collective ne sont pas abordés dans ce chapitre.

La violence collective affecte directement les jeunes enfants lorsqu'ils en sont victimes ou témoins. Elle peut aussi les affecter indirectement par son impact sur leur environnement et sur la disponibilité, la stabilité et la sensibilité des personnes qui s'occupent d'eux.² Les capacités cognitives et physiques nécessaires pour réguler leur réponse psychologique, réduire la menace ou s'en éloigner étant limitées chez les jeunes enfants, ceux-ci peuvent être particulièrement vulnérables aux situations menaçantes.³ L'impact de l'exposition à la violence collective sur la santé des enfants dépend du degré d'exposition, du support de la personne qui s'occupe d'eux pendant et après l'expérience et du degré de perturbations au quotidien dans la communauté environnante.^{2,4}

Sujet

On estime qu'au cours de la dernière décennie, plus de deux millions d'enfants à travers le monde sont décédés, au moins trois fois ce nombre d'enfants ont été affligés d'un handicap permanent ou ont été gravement blessés, 20 millions d'enfants sont devenus sans abri et un million d'enfants sont devenus orphelins ou ont été séparés de leur famille suite à un conflit armé.⁵ Les enfants exposés à un conflit armé présentent aussi des taux de mortalité et de morbidité accrus pour plusieurs raisons autres que les blessures directes (par ex., les infections, la malnutrition).⁶ Les taux de troubles psychologiques, particulièrement le trouble de stress post-traumatique (TSPT), la dépression et les troubles anxieux, sont particulièrement élevés chez les enfants exposés.⁷ Également, plus de quatre millions d'enfants de moins de cinq ans étaient réfugiés, déplacés à l'intérieur de leur pays, demandeurs d'asile ou apatrides en 2009 en raison d'un conflit ou d'un risque de persécution.⁸ Un conflit armé peut aussi détruire ou perturber les infrastructures (par ex., les écoles, les services de santé, les entreprises, la production et la distribution de nourriture) et la cohésion sociale, ce qui mène à l'insécurité, à l'imprévisibilité et à la confusion dans le quotidien des familles et à la rupture de la structure communautaire qui supporte le développement sain des enfants.⁹ Bien que moins d'enfants en soient affectés, le terrorisme (qui inclut les attentats à la bombe, la piraterie et les détournements de véhicules, les enlèvements, l'extorsion)¹⁰ commis par des groupes politiques, économiques ou sociaux peut entraîner des effets physiques et mentaux sur les enfants similaires à ceux de l'exposition à la guerre.^{2,4}

Un grand nombre d'enfants sont aussi exclus socialement. Par exemple, plus de 900 millions de personnes, dont plusieurs sont des enfants, vivent dans des bidonvilles à travers le monde.¹¹ La plupart n'ont pas accès à une éducation formelle, des soins de santé, des moyens de transport, l'électricité, des services d'assainissement, l'eau potable, un logement stable et sécuritaire, la participation politique, la sécurité et la primauté du droit. Tout ceci accroît leur risque de contracter des maladies contagieuses, d'être exposés aux toxines, de vivre une catastrophe naturelle et d'être stigmatisés.¹¹ Presque 900 millions de personnes appartiennent à des groupes ethniques ou religieux qui sont victimes de discrimination.¹² Aux États-Unis, des conditions historiques et des politiques sociales et économiques inéquitables ont engendré une plus grande probabilité que les enfants noirs et latinos vivent dans des quartiers très pauvres où la ségrégation est claire.¹³ L'exclusion ou la discrimination systématique d'une population entraîne un stress chronique, un risque accru d'exposition à l'adversité et aux toxines et un accès réduit aux services, aux ressources et à des options saines, ce qui mène à une multitude de problèmes de santé tout au long de la vie.¹⁴⁻¹⁵

Problèmes

La recherche et l'intervention sur la violence collective sont entravées par :

1. Le manque de définitions uniformes et claires pour désigner certains types de violence collective, comme l'exclusion sociale;
2. Le manque de statistiques fiables sur le nombre et les caractéristiques des enfants affectés;
3. Les difficultés pratiques importantes rencontrées lorsqu'il s'agit de recueillir des données fiables au cœur ou à la suite d'un conflit armé;
4. L'agrégation des données, qui empêche de déterminer les conditions des populations marginalisées, itinérantes ou transitoires;
5. Des lacunes dans la connaissance des causes profondes et proximales de la violence collective et des interventions efficaces pouvant prévenir son occurrence ou atténuer ses impacts négatifs.

Contexte de la recherche

Bien que la recherche traitant de l'impact de la violence collective soit limitée, il existe une abondance de recherches sur l'exposition des enfants à d'autres formes de traumatismes et de stress comme les mauvais traitements, la violence domestique et la pauvreté. Ces recherches provenant des sciences sociales et comportementales, des neurosciences, de la biologie moléculaire, de la génomique et des modèles animaux convergent clairement vers les effets négatifs de l'adversité grave et chronique sur les jeunes enfants.¹⁶

Questions clés pour la recherche

Quels sont les déterminants qui sous-tendent et déclenchent la violence collective? Des études transversales basées sur de larges échantillons ont identifié des corrélats au déclenchement des conflits armés (par ex., la pauvreté et l'iniquité, l'instabilité politique, des institutions démocratiques faibles, la disponibilité d'opportunités rentables comme les drogues illégales ou l'extraction minière, de métal ou d'huile alors que le taux de chômage est élevé, l'existence de populations exclues ou discriminées, des milieux enclins aux conflits)¹⁷⁻²⁶ et des corrélats au déclenchement du terrorisme (par ex, la pauvreté et l'iniquité, la répression des droits politiques ou civils, la migration et les changements dans l'équilibre ethnique, religieux ou social d'une société, la dépossession, l'expropriation et les abus aux droits de l'homme, la présence d'un

grand nombre de jeunes hommes sans emploi en milieu urbain).²⁷⁻²⁹ Cependant, ces associations étant basées sur un ensemble limité de conflits armés ou d'actes de terrorisme, il est difficile de tester si elles sont systématiques; l'importance relative de différents corrélats dépend des spécifications du modèle choisi. Dans la mesure du possible, des revues de littérature seraient nécessaires pour identifier les facteurs qui sont présents de façon systématique. Des analyses statistiques plus complexes seraient requises pour établir la robustesse de facteurs identifiés dans des études isolées ou dont les effets ne sont pas systématiques (par ex., le processus de démocratisation, l'exclusion sociale, la présence de groupes misant sur la ségrégation ethnique ou raciale, les catastrophes naturelles, la rareté et la provision des ressources) et déterminer des modérateurs et médiateurs contextuels. De plus, les incertitudes théoriques quant aux causes de la violence collective suggèrent de continuer à examiner d'autres facteurs causaux potentiels, particulièrement des facteurs sous-jacents (par ex., des valeurs culturelles, des systèmes économiques). Des études qui élucident la chaîne causale d'événements menant à la violence collective ou ses mécanismes seraient utiles pour identifier des stratégies et des opportunités de prévention. Également, il existe des descriptions des causes potentielles de l'émergence de l'exclusion sociale ou de la discrimination dans certaines communautés et des études qui identifient leurs déterminants particuliers, mais des recherches identifiant les facteurs qui contribuent au maintien du racisme structurel ou de la discrimination seront nécessaires pour développer des interventions.

Quels types d'interventions pourraient prévenir ou contrôler efficacement la violence collective? Certains des corrélats des conflits armés et du terrorisme sont potentiellement modifiables (par ex., la pauvreté, l'iniquité, l'exclusion). On observe une croissance de la recherche sur les stratégies efficaces possibles pour réduire la pauvreté et l'iniquité³⁰⁻³¹ (par ex., une éducation à la petite enfance de qualité ; le plein emploi et des emplois adéquatement rémunérés; une protection universelle contre la perte de revenu lors du chômage, d'une maladie, d'une invalidité, de la retraite, d'une grossesse, de la garde de jeunes enfants ou de la garde de proches invalides; une couverture universelle des soins de santé, de l'éducation, de l'hygiène publique et de l'accès à l'eau ; des politiques sociales et économiques de redistribution; l'accès au crédit) mais plus de stratégies pourraient être identifiées et évaluées. Des stratégies pour réduire l'exclusion sociale ou la discrimination (par ex., l'action positive, la déségrégation des écoles et des quartiers) ont été tentées aux États-Unis, avec des résultats variables.³²⁻³⁴ D'autres stratégies ayant le potentiel d'éliminer ou de réduire l'exclusion sociale doivent être évaluées (par ex., la réduction des politiques ou des actions qui ciblent ou qui sont limitées à des groupes spécifiques, la prestation

universelle d'une assurance sociale et de services essentiels de qualité uniforme, la coordination intersectorielle des politiques et des actions, la promotion et la protection des droits de l'homme, la promotion et le support d'une véritable responsabilisation des communautés, la gouvernance participative³⁵⁻³⁶). De façon similaire, bien qu'il existe des études examinant les facteurs qui mènent aux interventions précoces dans les situations de conflits armés (par ex., les effets sur la population civile ; des tentatives antérieures de médiation; les coûts de la sécurité de l'intervenant ainsi que ses relations avec les transgresseurs et sa vulnérabilité militaire et économique³⁷⁻³⁸), des études évaluant l'efficacité et les potentiels effets adverses de différentes interventions (par ex., les sanctions, la diplomatie, les missions de maintien de la paix, les interventions militaires) sont aussi nécessaires.

Quelles interventions réduisent efficacement les impacts de la violence collective sur les enfants? Bien que les gouvernements et les organismes non-gouvernementaux tendent à répondre à la violence collective en fournissant des nécessités de base et des soins de santé,⁹ ils ne répondent pas à tous les types de violence collective (par ex., la discrimination) et lorsqu'il y a une réponse, elle est souvent trop lente, insuffisante ou inéquitable. De plus, étant donné que le fonctionnement des personnes responsables des enfants médiatise et modère l'impact de la violence collective sur ces derniers,² des interventions qui facilitent ou supportent le fonctionnement de ces personnes devraient être implémentées et évaluées aux échelles communautaire et sociétale. Finalement, bien que quelques études aient suggéré que les interventions préventives systématiques soient efficaces pour réduire le TSPT et les symptômes dépressifs chez les enfants plus âgés traumatisés par un conflit armé ou des actes terroristes, seulement quatre interventions de ce type ont été rigoureusement évaluées et aucune n'a été développée pour les jeunes enfants.⁴⁰

Résultats récents de la recherche

Des conditions comme un déplacement forcé, l'exclusion sociale ou la ségrégation, particulièrement lorsqu'elles mènent à la pauvreté ou qu'elles sont aggravées par celle-ci, peuvent créer chez les jeunes enfants un stress chronique sévère et incontrôlable. Ce stress peut devenir, s'il n'est pas tempéré par des soins sûrs, stables et sensibles, un « stress toxique ».⁴¹ Le stress toxique vécu au cours de périodes sensibles de la croissance en bas âge a un impact sur la structure et le fonctionnement du cerveau, en modifiant le seuil d'activation du système de réponse au stress et en perturbant les systèmes immunitaire et endocrinien et les réponses inflammatoires. Ces changements liés au stress affectent l'attention, la prise de décision, le

contrôle de l'impulsivité et la régulation émotionnelle. Ils affectent également les processus physiologiques car les personnes affectées sont plus enclines à présenter ultérieurement de l'instabilité émotionnelle, des troubles anxieux et dépressifs, des problèmes d'apprentissage, de l'agressivité, des abus de substance, des maladies transmissibles sexuellement, de l'obésité, de l'asthme, des infections respiratoires et des maladies du cœur, des poumons et du foie.^{3,16}

Lacunes de la recherche

En premier lieu, le développement et l'évaluation d'interventions visant à prévenir la violence collective (par ex., les conflits armés et le terrorisme) devrait constituer une priorité. Cependant, les interventions préventives étant basées sur l'identification et la compréhension des facteurs et mécanismes causaux de la violence collective, une combinaison de méthodes de recherche historiques, qualitatives et quantitatives sera nécessaire pour combler les lacunes existantes. Les interventions ciblant les causes profondes de la violence collective sont plus susceptibles d'avoir des impacts à grande échelle et à long terme, mais les facteurs motivant les gouvernements à implémenter ces interventions potentielles doivent être identifiés. Entre temps, les chercheurs devraient aussi évaluer des interventions permettant d'atténuer l'impact de la violence collective sur les enfants. Les facteurs contribuant à la persistance et à la répétition de l'exclusion sociale de populations doivent être identifiés et des interventions pour modifier ces facteurs sont nécessaires.

Conclusions

La violence collective inclut toute violence physique, sexuelle ou psychologique commise par des groupes d'individus ou par des états. Trop d'enfants autour du monde sont exposés à différentes formes de violence collective, telles que les conflits armés, le terrorisme, l'exclusion, la discrimination ou le racisme. L'exposition des jeunes enfants à la violence collective, qu'elle soit directe ou indirecte (par ses impacts sur les personnes qui s'occupent d'eux), a de graves conséquences à long terme sur leur développement cognitif, émotionnel et social et leur santé physique et mentale. En plus de mener à des blessures mortelles et non-mortelles, la violence collective peut augmenter le risque de contracter des maladies infectieuses et chroniques et accroître le taux de mortalité, par des mécanismes variés comme le stress toxique, un accès réduit aux ressources et services ou une plus grande exposition au risque. Puisque le fonctionnement des personnes responsables de l'enfant peut tempérer l'impact de la violence collective sur celui-ci, des interventions devraient être développées pour faciliter et promouvoir

des soins sécuritaires, stables et sensibles aux enfants. Les efforts de recherche devraient être axés sur le développement et l'évaluation d'interventions de prévention primaire de la violence collective. Ces interventions préventives devraient être basées sur une meilleure compréhension des causes profondes de cette violence, de ses facteurs déclencheurs et de leur séquence dans la chaîne causale des événements.

Implications pour les parents, les services et les politiques

Les parents peuvent aider à atténuer les conséquences de l'exposition des enfants à la violence collective en leur offrant des soins sûrs, stables et sensibles. Ils peuvent aussi songer à réclamer publiquement des conditions qui faciliteraient des pratiques parentales adéquates et préviendraient l'occurrence de la violence collective. Les services disponibles devraient offrir le support et les conditions dont les parents ont besoin pour continuer à offrir des soins sûrs, stables et sensibles à leurs enfants (par. ex., un logis adéquat et stable, un environnement sécuritaire, de la nourriture en quantité suffisante, de l'eau potable, des services d'assainissement et d'hygiène publique, des soins de santé, incluant des services de santé mentale pour traiter des problèmes comme le TSPT, un emploi significatif). Les décideurs politiques devraient examiner les politiques actuelles et futures pour déterminer leur influence potentielle sur les causes suspectées de conflit armé et de terrorisme et leur influence sur le maintien de la discrimination et de l'exclusion de sous-groupes de la population. Les gouvernements devraient protéger tous les membres de la société et assurer un accès égalitaire aux conditions nécessaires à la santé.

Références

1. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. *World report on violence and health*. Geneva, World Health Organization; 2002.
2. Shaw JA. Children exposed to war/terrorism. *Clinical Child and Family Psychology Review* 2003;6:237-246.
3. National Scientific Council on the Developing Child (2010). *Persistent Fear and Anxiety Can Affect Young Children's Learning and Development: Working Paper No. 9*.
4. Pine DS, Costello J, Masten A. Trauma, Proximity, and Developmental Psychopathology: The Effects of War and Terrorism on Children. *Neuropsychopharmacology* 2005;30(10):1781-1792.
5. UNICEF. Child protection from violence, exploitation, and abuse. UNICEF. www.unicef.org/protection/index_armedconflict.html Updated January 31, 2011.
6. Carlton-Ford S, Boop D. Civil War and Life Chances: A Multinational Study. *International Sociology* 2010;25(1):75-97.
7. Attanayake V, McKay R, Joffres M, Singh S, Burkle F, Mills E. Prevalence of mental disorders among children exposed to war. A systematic review of 7,920 children. *Medicine, Conflict, & Survival* 2009;25(1):4-19.
8. United Nations High Commissioner for Refugees. 2009 Global trends. Refugees, asylum-seekers, returnees, internally displaced, and stateless persons. United Nations High Commissioner for Refugees; Published June 2010.

9. Zarnegar Z. Separation and loss due to political and social conflict. *Zero to Three* 2011;31(3):52-57.
10. Jenkins BM. The new age of terrorism. Rand. Available at http://www.rand.org/pubs/reprints/2006/RAND_RP1215.pdf. Accessed October 4, 2011.
11. United Nations Millennium Project. A home in the city: Task force report on improving the lives of slum dwellers (2005). Available at http://www.unmillenniumproject.org/reports/tf_slum.htm. Accessed October 4, 2011.
12. UNICEF. *The state of the world's children, 2006. Excluded and invisible*. New York: UNICEF; 2006
13. Acevedo-Garcia D, McArdle N, Osypuk TL, Lefkowitz T, Krimgold BK. *Children left behind*. Center for the Advancement of Health at Harvard School of Public Health. (2007) Available at: http://diversitydata-archive.org/Downloads/children_left_behind_final_report.pdf Accessed October 4, 2011
14. Williams DR, Collins C. *Racial residential segregation: A fundamental cause of racial disparities in health*. *Public Health Reports*. 2001;116:404-416.
15. Williams DR, Mohammad SA. Discrimination and racial disparities in health: Evidence and much needed research. *J Behav Med* 2009;32:20-47.
16. Center on the Developing Child at Harvard University. The Foundations of lifelong health are built in early childhood. (2010) Available at: http://developingchild.harvard.edu/library/reports_and_working_papers/foundations-of-lifelong-health/ Accessed October 4, 2011.
17. Fearon JD, Laiton DD. Ethnicity, insurgency, and civil war. *American Political Science Review* 2003;97(1):75-90.
18. Collier P, Hoeffler A. Greed and grievance in civil wars. *Oxford Economic Papers* 2004;56(4):563-595.
19. Hegre H, Sambanis N. Sensitivity analysis of empirical results of civil war onset. *J Confl Res* 2006; 50(4):508-535.
20. Rustad SC, Buhaug H, Falch A, Gates S. All Conflict is Local. Modeling Sub-National Variation in Civil Conflict Risk. *Conflict Management and Peace Science*. 2011;28(1):15-40.
21. Cederman LE, Hug S, Krebs LF. Democratization and civil war: Empirical evidence. *Journal of Peace Research* 2010;47(4):377-394.
22. Bleaney M, Dimico A. How different are the correlates of onset and continuation of civil wars? *J Peace Res*. 2011; 48(2): 145-155.
23. Thiesen, OM. Blood and Soil? Resource Scarcity and Internal Armed Conflict Revisited. *J Peace Res* 2008;45(6): 801-818.
24. Cederman LE, Wimmer A, Min B. Why do ethnic groups rebel? New data and analysis. *World Politics* 2010; 62(1):87-119.
25. Cederman LE, Girardin L. Beyond fractionalization: Mapping ethnicity onto nationalist insurgencies. *American Political Science Review* 2007;101(1):173-185.
26. Østby G, Nordås R, Rød JK. Regional inequalities and civil conflict in 21 sub-Saharan countries, 1986-2004. *International Studies Quarterly* 2009;53(2):301-324.
27. Danzell OE. Political Parties: When Do They Turn to Terror? *Journal of Conflict Resolution* 2011; 55(1):85-105.
28. Piazza JA. Rooted in Poverty?: Terrorism, Poor Economic Development, and Social Cleavages. *Terrorism and Political Violence*. 2006;18(1):159-177.
29. Newman E. Exploring the "root causes" of terrorism. *Studies in Conflict and Terrorism* 2006;29:749-772.
30. United Nations Research Institute for Social Development. *Combating poverty and inequality: Structural change, policies, and politics*. Geneva, Switzerland; 2010.
31. Dow WH, Schoeni RF, Adler NE, Stewart J. Evaluating the evidence-base: Policies and interventions to address the socioeconomic gradients of health. *Ann N.Y. Acad Sci* 2010;1186:240-251.

32. Fischer MJ, Massey, DS. The effects of affirmative action in higher education. *Social Science Research* 2007;36:531-549.
33. Pickren w. (Guest editor). Special Issue on Fifty Years On: Brown v. Board of Education and American Psychology, 1954–2004. *Amer Psych* 2004;6:493-556.
34. Fauth R C, Leventhal T, Brooks-Gunn J. Welcome to the neighborhood? Long-term impacts of moving to low-poverty neighborhoods on poor children's and adolescents' outcomes. *Journal of Research on Adolescence* 2007;17: 249-284
35. Lawrence K, Anderson AA, Susi G, Sutton S, Kubisch AC, Codrington R. Constructing a racial equity theory of change. A practical guide for designing strategies to close chronic racial outcome gaps (2009). Available at: <http://www.aspeninstitute.org/sites/default/files/content/images/Roundtable on Community Change RETOC.pdf> Accessed October 4, 2011.
36. Popay J, Escorel S, Hernández M, Johnston H, Mathieson J, Rispel L on behalf of the WHO Social Exclusion Knowledge Network. Understanding and tackling social exclusion. Final Report to the WHO Commission on Social Determinants of Health, February 2008. Available at: http://www.who.int/social_determinants/knowledge_networks/final_reports/sekn_final_report_042008.pdf. Accessed October 4, 2011.
37. Commission on the Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization; 2008.
38. Rost N, Grieg JM. Taking matters into their own hands: An analysis of the determinants of state-conducted peace-keeping in civil wars. *J Peace Res* 2011;48(2):171-184.
39. Van der Maat E. Sleeping hegemony. Third-party intervention following territorial integrity transgressions. *J Peace Res* 2008;45(6):801-818.
40. Peltonen K, PunamRL. Preventive interventions among children exposed to trauma of armed conflict: a literature review. *Aggr. Behav.* 36:95–116, 2010
41. National Scientific Council on the Developing Child (2005). *Excessive Stress Disrupts the Architecture of the Developing Brain: Working Paper No. 3.*

Prévention précoce de l'agressivité chez les enfants dans les pays en voie de développement

Luis Fernando Duque, M.D., M.S.P., Alexandra Restrepo, M.D., M.Sc.

PREVIVA, Facultad de Salud Pública, Universidad de Antioquia, Colombie

Février 2012

Introduction

Les manifestations de violence sont considérablement plus communes dans les pays en voie de développement que dans les pays développés. Les plus hauts taux de morts violentes au monde se trouvent en Afrique et en Amérique latine.¹ On observe aussi des problèmes d'agressivité et de comportement dès l'enfance dans les pays pauvres comme le Brésil,² l'Égypte³ et la Colombie.⁴⁻⁶ On constate donc l'importance d'offrir des programmes de prévention de la violence dans les pays en développement. Pour prévenir la violence, de tels programmes doivent être efficaces et durables, miser sur les ressources de ces pays et y être culturellement acceptés.

Importance du sujet

Tant dans les pays développés⁷⁻⁹ que dans les pays en voie de développement,¹⁰ il a été documenté que l'agressivité précoce est un prédicteur de criminalité et de violence pendant la jeunesse et l'âge adulte. C'est aussi un prédicteur d'autres comportements qui menacent la vie sociale et personnelle, comme l'abus de drogues, l'alcoolisme, la piètre réussite scolaire, le tabagisme, les relations sexuelles non protégées, les grossesses à l'adolescence, la violence familiale et les problèmes au travail.⁷⁻⁹

Ces comportements à risque tendent à se manifester en grappe chez certains individus et peuvent être considérés comme des comorbidités¹¹ ayant des causes communes.¹² Cette constatation de base permet d'inférer sur la possibilité de développer des programmes de prévention précoce de la violence qui auraient aussi des effets sur d'autres comportements risqués ou, autrement dit, des programmes polyvalents ayant plusieurs buts. Cette approche est particulièrement attrayante pour les pays en voie de développement, puisqu'elle permet d'éviter le maintien d'une série de programmes parallèles cherchant tous à prévenir des comportements à risque spécifiques (par ex. l'abus de drogue, l'alcoolisme, l'appartenance à un gang, etc.) et qu'elle réduit le dédoublement des dépenses, de l'administration et des coûts associés. Il a été

documenté que cette approche est envisageable dans les pays développés¹³⁻¹⁵ et sous-développés,¹⁶⁻²¹ mais nous aurons besoin de résultats scientifiques plus nombreux et de meilleure qualité à ce sujet.

Les comportements mentionnés précédemment présentent des risques pour la vie personnelle et sociale et sont associés à plusieurs des principales causes de maladie, d'invalidité et de décès dans les pays en voie de développement. Ces causes incluent les morts violentes, les blessures, la violence interpersonnelle, les accidents de la route, plusieurs types de cancer, les maladies du poumon, les maladies transmissibles sexuellement et le VIH/SIDA.²²⁻²⁵ Une autre association importante est le lien entre l'agressivité précoce, d'une part, et les problèmes d'apprentissage²⁶ et le décrochage scolaire,²⁷ d'autre part. Ces conséquences entravent le développement personnel et social et nuisent à l'atteinte de l'Objectif du Millénaire pour le Développement (de l'ONU) selon lequel les enfants du monde devraient tous compléter au moins une éducation primaire.

Ainsi, certaines causes communes expliquent à la fois le comportement des jeunes enfants, leur capacité d'apprentissage et l'état de leur santé plus tard au cours de la vie. Ces causes profondes incluent, de façon très significative, l'iniquité sociale,²⁸ qui est paradoxalement beaucoup plus prévalente dans les pays pauvres que dans les pays riches;¹ le type d'éducation et de parentage et la relation des enfants avec leurs parents;^{29,30} et l'environnement physique, social et économique du quartier ou du milieu dans lequel vit l'enfant.^{31,32} Il y a une forte probabilité que les enfants soumis à un stress social et familial en subissent de sérieuses conséquences tout au long de leur vie (par ex. problèmes d'apprentissage, de productivité économique et de santé et réduction de l'espérance de vie).¹²

Même si la prévalence des problèmes de comportement est élevée chez les enfants des pays en voie de développement et que les facteurs de risque y sont nombreux, très peu d'études provenant de ces pays ont évalué l'efficacité des programmes de prévention précoce ciblant les comportements à risque.³³

Problèmes

1. Il y a peu de résultats scientifiques disponibles sur l'efficacité des programmes de prévention précoce ciblant l'agressivité et les comportements à risque dans les pays en voie de développement.

2. Les évaluations qui ont été menées présentent des lacunes sur le plan des outils de mesures et de la méthodologie d'évaluation.
3. Lorsque des programmes provenant des pays développés sont implantés dans les pays en voie de développement, ils ne sont souvent pas adaptés adéquatement au contexte culturel de ces pays.

Contexte de la recherche

Les évaluations de l'efficacité des programmes de prévention précoce qui ciblent l'agressivité sont limitées dans les pays en voie de développement et on en connaît peu sur les bonnes stratégies pour réaliser de telles évaluations. Il y a aussi peu de ressources disponibles pour ces travaux et l'intérêt des décideurs concernés à subventionner ce type d'initiative est faible. Cependant, il est important de noter que, dans une étude sur les priorités de recherche des décideurs des pays à revenu faible et moyen, les problèmes de santé mentale constituaient la quatrième plus importante priorité de recherche.³⁴

Questions de recherche clés

Quel est l'effet des programmes de prévention de l'agressivité précoce dans les pays en voie de développement?

Devrait-on cibler dans ces pays les mêmes facteurs de risque et de protection que dans les pays développés? Quels facteurs de risque devraient être ciblés?

Est-il possible d'implanter dans les pays en voie de développement des interventions qui sont utilisées dans les pays développés?

Résultats de recherche récents

Parmi 30 interventions fructueuses menées dans les pays en voie de développement, 27 ont été évaluées avec des méthodes expérimentales ou quasi-expérimentales, dont 18 après l'an 2000. Nous avons trouvé des interventions adressées aux parents,^{17,20,21,35-46} des interventions impliquant les enseignants de l'école^{47,48} et quatre études ayant combiné ces deux types d'intervention.^{16,18,49,50} Deux études reposaient sur des interventions cliniques destinées aux parents^{51,52} et quatre interventions ont intégré des services de santé, de nutrition et de développement psycho-social.^{19,20,53-55} La majorité des programmes ciblaient de petits groupes d'enfants présentant des troubles

de conduite ou des facteurs de risque et quelques-uns ciblaient des secteurs plus larges de la population infantile.^{19,41,44}

La plupart des évaluations ont montré que les programmes avaient des impacts positifs sur la conduite des enfants, notamment une diminution des implications dans les batailles et une réduction des comportements agressifs,^{16,18,21,47,50} une amélioration du comportement pro-social,^{16,18} une meilleure gestion des émotions^{17,47,55} et un meilleur développement psycho-social.^{17,47,55} En ce qui concerne les effets sur les parents, certaines interventions ont entraîné une réduction des châtiments corporels,^{16,17} de meilleures interactions parent-enfant^{36,38,44-46,52} et une compréhension améliorée de l'enfant et de ses besoins.^{37,43,48,55} Également, des études ont montré une amélioration de l'habileté des professeurs à répondre aux besoins variés des enfants.^{47,56}

Les évaluations des programmes ont été réalisées avec une large variété d'instruments de mesure des variables. Dans plusieurs cas, ces instruments n'avaient pas été correctement validés. La plupart des échantillons étaient très petits, ce qui limite l'analyse de variables confusionnelles et interactives potentielles et décroît la puissance statistique. Certains chercheurs ont mesuré l'effet direct des programmes sur les enfants, alors que d'autres se sont attardés sur leurs effets intermédiaires sur les comportements et les pratiques des enseignants et des parents. La plupart des chercheurs n'ont pas rapporté les biais potentiels et les limites de leur étude. Des effets positifs sur le comportement des enfants, des enseignants et des parents ont été rapportés dans la plupart des études. Des effets nuisibles ont été rapportés suite à deux interventions; dans les deux cas, il semble qu'ils aient été dus aux difficultés à implanter le programme.^{41,49}

Lacunes de la recherche

Nous recommandons les étapes suivantes pour surmonter les lacunes de la recherche majeures qui ont été identifiées ci-dessus :

1. Accroître la recherche sur l'efficacité des programmes de prévention précoce des comportements à risque dans les pays en voie de développement, en considérant le contexte socio-culturel de ces pays. Il est important d'inclure les chercheurs locaux dans ces recherches, comme auteurs ou coauteurs significatifs; si on les considère comme de simples collaborateurs ou collecteurs de données, la recherche en sera affaiblie.
2. Valider rigoureusement les instruments utilisés pour évaluer les problèmes comportementaux des enfants et les pratiques, croyances et attitudes des parents et des

enseignants, pour qu'ils puissent être utilisés dans l'évaluation de l'efficacité des interventions précoces visant à prévenir l'agressivité ainsi qu'en milieu clinique.

Conclusion

Il est possible de mener des programmes de prévention précoces fructueux qui ciblent les comportements à risque des enfants dans les pays en développement. La majorité des enfants qui affrontent un stress économique, social et familial dans le monde vivent dans ces pays.

Cependant, peu d'études ont évalué l'efficacité de tels programmes dans ces pays, et les études disponibles présentent certaines limites communes, comme la petite taille des échantillons, les failles méthodologiques et le manque de validité des instruments de mesure utilisés.

Parmi les évaluations de programme qui ont été menées, la plupart montrent une amélioration des connaissances et des pratiques des parents et des comportements des enfants suite à l'intervention. Nous devons encourager l'évaluation de ces programmes, en insistant sur la prise en considération du contexte socio-culturel des pays concernés.

Implications pour les parents, les services et les politiques

Les décideurs politiques doivent disposer de bases scientifiques solides pour établir des politiques et programmes qui favorisent la prévention précoce des comportements à risque. Ils devraient développer des programmes polyvalents à plusieurs facettes et favoriser la réalisation d'études sur leur efficacité dans les pays en développement. Ceci nécessite une alliance entre les politiciens, les chercheurs et la communauté publique.

Un point très important pour rendre légitimes les politiques et programmes publics est la manifestation de la préférence des parents pour les programmes de prévention précoce qui sont polyvalents, qui ciblent des comportements à risque variés et qui sont basés sur de solides résultats scientifiques locaux. Pour les parents des pays en voie de développement, l'implantation de telles interventions polyvalentes sensibles à la culture locale représente une opportunité d'améliorer leurs pratiques éducatives et de favoriser le développement de leurs enfants.

Les institutions académiques devraient accroître leurs compétences en ce qui concerne les méthodes d'évaluation de l'efficacité des programmes de prévention précoce qui ciblent les comportements à risque dans les pays en développement.

L'implantation d'interventions pour prévenir les comportements à risque pourrait aider à briser le cycle de la violence dans plusieurs pays victimes de générations de conflit armé et de groupes criminels, où les initiatives destinées à reprendre le contrôle public n'ont pas été efficaces. Soulignons que, pour créer un changement dans une société, il faut implanter des programmes à long terme fondés sur des politiques publiques larges, qui rejoignent les groupes les plus vulnérables.

Références

1. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. *La violencia, un problema de salud pública. Informe mundial de violencia y salud*. Ginebra: OMS; 2002:11-12.
2. Fleitlich-Bilyk B, Goodman R. Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders in southeast Brazil. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2004;43(6):727-734.
3. Elhamid AA, Howe A, Reading R. Prevalence of emotional and behavioural problems among 6-12 years old children in Egypt. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2009;44:8-14.
4. Agudelo LM, Giraldo CA, Gaviria MB, et al. *Características de las familias y las escuelas relacionadas con los comportamientos agresivos y prosociales en niños y niñas de 3 a 11 años*. Medellín: Editorial Marín Vieco; 2002.
5. Duque LF, Restrepo A, Montoya NE. *Línea de base del programa e implementación del programa de prevención temprana de conductas de riesgo para la salud*. Medellín: Secretaría de Salud de Medellín, Universidad de Antioquia; 2011.
6. Duque LF, Kleven J. La violencia en Itagüí, Antioquia: II. Factores asociados. *Informe Quincenal Epidemiológico Nacional*. 2001;6, número - Bogotá, D.C. - 15 de junio del 2001(11):161-170.
7. Côté S, Tremblay RE, Nagin DS, Zoccolillo M, Vitaro F. Childhood Behavioral Profiles Leading to Adolescent Conduct Disorder: Risk Trajectories for Boys and Girls. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2002;41(9):1086-1094.
8. Loeber R, Hay D. Key issues in the development of aggression and violence from childhood to early adulthood. *Annu Rev Psychol*. 1997;48:371-410.
9. Nagin DS, Tremblay R. Trajectories of boys' physical aggression, opposition and hyperactivity of path to physically violent and nonviolent juvenile delinquency. *Child development*. 1999;70(5):1181-1196.
10. Anselmi L, Barros FC, Theodore MLM, et al. Continuity of behavioral and emotional problems from pre-school years to pre-adolescence in a developing country. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2008;49(5):499-507.
11. Cerdá M, Sagdeo A, Galea S. Comorbid Forms of Psychopathology: Key Patterns and Future Research Directions. *Epidemiologic Reviews*. 2008;30:155-177.
12. Shonkoff JP, Garner AS. The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. *Pediatrics*. 2012;129:e232-e246.
13. Barlow J, Smailagic N, Ferriter M, Bennett C, Jones H. Group-based parent-training programmes for improving emotional and behavioural adjustment in children from birth to three years old. *The Cochrane Library*. 2010;3:1-91.
14. Bernazzani O, Tremblay RE. Early parent training. In: Welsh BC, Farrington DP, eds. *Preventing crime. What Works for Children, Offenders, Victims and Places*. New York: Springer; 2006:21-32.
15. Piquero AR, Farrington DP, Welsh BC, Tremblay R, Jennings WG. Effects of early family/parent training programs on antisocial behavior and delinquency. *J Exp Criminol*. 2009 5:83-120.
16. Duque LF, Orduz JF, Sandoval JJ, Caicedo BE, J. K. Lecciones del Programa de Prevención Temprana de la Violencia, Medellín, Colombia. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2007;21(1):21-29.

17. Fayyad JA, Farah L, Cassir Y, MM; S, Karam EG. Dissemination of an evidence-base intervention to parents of children with behavioral problems in a developing county. *European Journal of Adolescent Psychiatry*. 2010;19:629-636.
18. Klevens J, Martinez JW, Le B, Rojas C, Duque A, Tovar R. Evaluation of interventions to reduce aggressive and antisocial behavior in first and second grades in a resource-poor setting. *Internationa Journal of Educational Research*. 2009;48:307-319.
19. Perez-Escamilla R, Pollitt E. Growth Improvements in Children above 3 Years of Age: The Cali Study. *Journal of Nutrition*. 1995;125(4):885-893.
20. Waber DP, Vuori-Christiansen L, Ortiz N, et al. Nutritional supplementation, maternal education, and cognitive development of infants at risk of malnutrition. *Americal Journal of Clinical Nutrition*. 1981;34:797-803.
21. Walker S, Chang SM, Vera-Hernández M, Grantham-McGregor S. Early Childhood Stimulation Benefits Adult Competence and Reduces Violent. *Pediatrics*. 2011;127:849.
22. World Bank, Oxford University Press. *Global Burden of Disease and Risk Factors*. Washington DC: Oxford University Press; 2006.
23. Sly DF, Quadagno D, Harrison DF, Eberstein I, Riehman K. The asociation between substance use, condom use and sexual risk among low-income women *Family planning perspectives*. 1997;29(3):132-136.
24. Coffin LS, Newberry A, Hagan H, Cleland CM, Des Jarlais DC, Perlman DC. Syphilis in drug users in low and middle income countries. *International Journal of Drug Policy*. 2010;21:20-27.
25. Jane-Llopis E, Matytsina I. Mental health and alcohol, drugs and tobacco: a review of the comorbidity between mental disorders and the use of alcohol, tobacco and illicit drugs. *Drug and Alcohol Reviews*. 2006;25:515-536.
26. Tramontina S, Martins S, Michalowski MB, et al. School Dropout and Conduct Disorder in Brazilian Elementary School Students. *Can J Psychiatry*. 2001;46:941-947.
27. Townsend L, Flisher AJ, Chikobvu P, Lombard C, King G T. The relationship between bullying behaviours and high school dropout in Cape Town, South Africa. *South African Journal of Psychology*. 2008;38(1):21-32.
28. Martin D, Margo W, Shawn V. Income inequity and homicide rates in Canada and United Estates. *Canadian Journal of Criminology* 2001;219:219-236.
29. Duque LF, Motoya N. *La violencia en el Valle de Aburá. Caminos para al superación*. Medellín: Catedrá litográfica; 2008.
30. Farrington DP, Welsh BC. *Saving children from a life of crimen. Early risk factors and effective interventions*. New York: Oxford University Press; 2007.
31. Morenoff JD, Sampson RJ, Raudenbush SW. Neighborhood inequality, collective efficacy, and the spatial dynamics of urban violence. *Criminology*. 2001;39(3):517-558.
32. Sampson RJ, Morenoff JD, Gannon-Rowley T. Assessing "neighborhood effects": Social processes and new directions in research. *Annual Reveiw of Sociology*. 2002;28:443-478.
33. Lucas PJ. Some reflections on the rhetoric of parenting programmes: evidence, theory, and social policy. *Journal of Family Therapy*. 2011;33:181-198.
34. Sharan P, Gallo C, Gureje O, et al. Mental health research priorities in Low- and Middle income countries of Africa, Asia, Latina America and the caribbean. *BJP*. 2009;195:354-363.
35. Cooper C, et al. Improving quality of mother-infant relationship and infant attachment in socioeconomically deprived community in South Africa: randomised controlled trail. *BMJ*. 2009;338 b974.
36. Cooper C, Landman M, Tomlinson M, Molteno C, Swartz L. Impact of mother-infant intervention in an indigent peri-urban South African context: pilot study. *British Journal of Psychiatry*. 2002;180:76-81.

37. Jin X, et al. Care for Development" intervention in rural China: a prospective followup study. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*. 2007;3:213-218.
38. Kagitcibasi C, Sunar D, Bekman S. Long-term effects of early intervention: Turkish low-income mothers and children. *Applied Developmental Psychology*. 2001:333-361.
39. Klein P, Rye H. Interaction-oriented Early Intervention in Ethiopia: The MISC Approach. *Infants & Young Children*. 2004.;4:340-354.
40. Magwaza A, Edwards S. An evaluation of an integrated parent-effectiveness training and children's enrichment programme for disadvantaged families. *South African Journal of Psychology*. 1991;1:21-25.
41. Porter LS, Youssef M, Shaaban I, Ibrahim W. Parenting enhancement among Egyptian mothers in a tertiary care setting. *Pediatric nursing*. 1992;18(4):329-336.
42. Powell C, Grantham-McGregor S. Home visiting of varying frequency and child development. *Pediatrics*. 1989:157-164.
43. Rahman A, et al. Cluster randomized trial of a parent-based intervention to support early development of children in a low-income country. *Child: Care, Health & Development*. 2009;35(1):56-62.
44. Santelices MP, Guzman M, Aracena M, et al. Promoting secure attachment: evaluation of a effectiveness of an early intervention pilot programme with mother -infant dyads in Santiago, Chile. *Child: care, health and development*. 2010;37(2):203-210.
45. Teferra T, Tekle L, Klein P. Mediation intervention for sensitizing caregivers: Ethiopia Early intervention: Cross-cultural experiences with a mediational approach. Vol 95-112. New York: Garland; 1996.
46. Van Wyk J, Eloff M, Heyns P. The evaluation of an integrated parent-training program. *The Journal of Social Psychology* 1983;121(2):273-281.
47. Pérez V, Rodríguez J, De la Barra F, Fernández AM. Efectividad de una Estrategia Conductual Para el Manejo de la Agresividad en Escolares de Enseñanza Básica Psykhe. 2005;14(2):55-62.
48. Baker-Henningham H, Walker S, Powell C, Gardner JM. A pilot study of the Incredible Years Teacher Training programme and a curriculum unit on social and emotional skills in community pre-schools in Jamaica. *Child: care, health and development*. 2009;35(5):624-631.
49. Chaux E. Citizenship Competencies in the Midst of a Violent Political Conflict: The Colombian Educational Response. *Harvard Educational Review*. 2009;79(1):84-93.
50. Peteren JJ, Carolissen R. Working with aggressive preschoolers. In: D Donald, A Dawes, J Louw, eds. *Addressing childhood adversity*. Cape Town: David Philips; 2000:94-112.
51. Oveisi S, et al. Primary prevention of parent-child conflict and abuse in Iranian mothers: A randomized-controlled trial. *Child Abuse and Neglect*. 2010;3: 206-213.
52. Wendland-Carro J, Piccinini CA, Millar WS. The role of an early intervention on enhancing the quality of mother-infant interaction *Child Development*. 1999;3:713-721.
53. Aboud FE. Evaluation of an Early Childhood Parenting Programme in Rural Bangladesh. *Journal Health Population Nutrition*. 2007;25(1):3-13.
54. Aracena M, et al. A cost-effectiveness evaluation of a home visit program for adolescent mothers. *Journal of Health Psychology*. 2009;7:878-887.
55. Hamadani JD, Huda SN, Khatun F, Grantham-McGregor SM. Psychosocial Stimulation Improves the Development of Undernourished Children in Rural Bangladesh. *Journal of Nutrition*. 2006;136:2645-2652.
56. Baker-Henningham H, Walker S. A qualitative study of teachers' perceptions of an intervention to prevent conduct problems in Jamaica pre-schools. *Child: care, health and development*. 2009;35(5):632-643.

La promotion de la petite enfance comme stratégie de prévention de la violence

Fernando P. Cupertino de Barros, M.D., Nereu Henrique Mansano, M.D., Alessandra Schneider, M.A.

Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), Brésil

Janvier 2012

Introduction

La violence a de graves conséquences sur les individus et la société. Elle a des répercussions sur le secteur de la santé, non seulement parce qu'elle est une cause de mortalité et de morbidité, mais aussi en raison de son impact considérable sur les coûts des soins de santé. La violence a des racines sociales, historiques et culturelles et ne devrait pas être considérée comme une simple question de sécurité publique.^{1,2,3} Pour confronter et prévenir la violence, il est nécessaire d'assurer une coordination intersectorielle et une convergence de plusieurs politiques publiques, incluant celles qui concernent la santé.

Au Brésil, selon des données préliminaires du système de suivi de la mortalité du Ministère de la santé, il y a eu, en 2009, 49 966 homicides (en moyenne 137 par jour), 37 225 décès routiers (107 par jour) et 9 328 suicides (26 par jour). Ces statistiques indiquent que 270 décès par jour, en moyenne, sont dus à la violence. Il y aurait un tollé national si une quelconque maladie contagieuse causait tant de décès!

Sujet et contexte de la recherche

Reconnaissant l'importance, l'impact et la variété des cas de violence, les secrétaires d'État de la santé du Brésil ont décidé, à l'assemblée générale du Conseil national des secrétaires d'État (CONASS) de septembre 2007, de faire de la violence une priorité pour le CONASS et le Système unifié de la santé (SUS). [NDLT : Il est à noter que le Brésil est composé de 26 États et d'un district fédéral]. En conséquence, le CONASS a développé le projet Violence : une épidémie silencieuse, basé sur un appel à la contribution des partenaires de gestion du SUS et sur la participation active du Ministère de la Santé et du Conseil national des secrétariats de la santé municipaux (CONASEMS). Des institutions internationales renommées étaient partenaires de ce projet, dont le

Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants (CEDJE) de l'Université de Montréal au Québec, Canada, les bureaux de représentation brésiliens de l'Organisation panaméricaine de la santé (OPS), l'Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO), le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), le Programme des Nations Unies pour le développement (UNDP), le Fonds de développement des Nations Unies pour la femme (UNIFEM) et l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (UNODC).

L'une des principales activités réalisée dans le cadre du projet Violence : une épidémie silencieuse a été l'organisation de cinq séminaires régionaux et d'un séminaire national. Les séminaires régionaux se sont tenus dans les États de Paraná, Mato Grosso do Sul, Amazonas, Maranhão et Rio de Janeiro entre décembre 2007 et février 2008. Le séminaire national a eu lieu à Porto Alegre, Rio Grande do Sul, en avril 2008. Quelque 118 études liées au sujet, provenant de 25 États brésiliens, ont été sélectionnées. Parmi elles, 102 ont été présentées dans les séminaires régionaux : 20 dans le sud du pays, 21 dans la région centrale-ouest, 16 dans le nord, 17 dans le nord-est et 28 dans les régions du sud-est.

Résultats récents de la recherche

Après avoir initié un large débat sur les manifestations de violence et les stratégies pour y faire face et la prévenir, le CONASS a compilé une série de propositions d'intervention basée sur des expériences fructueuses réalisées par les secrétariats de la santé régionaux et municipaux, dont la majorité impliquait un partenariat avec d'autres secteurs du gouvernement et de la société civile

1. Propositions pour confronter la violence

Le processus de mobilisation coordonné par le CONASS et ses partenaires a résulté en la préparation, la publication et la diffusion du document *Le défi de confronter la violence : situation actuelle, stratégies et propositions*⁴, qui inclut des informations provenant d'expériences locales, nationales et internationales (avec un accent sur les initiatives du Canada et de la Colombie). Le document a aussi inclus des contributions de plusieurs chercheurs et professionnels qui ont participé à des séminaires et des ateliers.

Les propositions ont été organisées en six secteurs d'activité : supervision; prévention et promotion (incluant la participation communautaire et la communication sociale); organisation

des soins; éducation et formation continue; recherche; et législation. Voici les stratégies suggérées pour chaque secteur d'activité.

1.1 Surveillance

- Implanter des centres de prévention de la violence et de promotion de la santé;
- Créer des centres de surveillance des accidents et de la violence;
- Mettre sur pied un Registre de notification et d'investigation de la violence domestique, sexuelle et d'autres formes de violence par le biais du réseau de la santé;
- Organiser et développer des services de surveillance préventive pour les actes violents et les accidents;
- Dresser la carte des régions où les blessures et décès reliés à la violence et aux accidents sont les plus fréquents;
- Améliorer la qualité de l'information recueillie par les systèmes d'information existants et la rationaliser;
- Établir, dans les États et les municipalités, des systèmes de surveillance, de prévention et d'intervention pour les tentatives de suicide.

1.2 Prévention et promotion

- Encourager la promotion et le suivi des programmes de garde et de développement qui répondent aux besoins essentiels de la petite enfance, en incorporant le Programme de santé de la famille dans ces activités;
- Développer et renforcer le Réseau national de prévention de la violence et de promotion de la santé;
- Inclure des actions de prévention de la violence et de promotion de la santé dans l'organisation du réseau de la santé;
- Lancer des campagnes d'éducation publiques;
- Établir des chambres sectorielles dans les trois sphères gouvernementales qui concernent la santé, les politiques de sécurité et de prévention de la violence et la promotion d'une culture de paix;

- Implanter dans les États et les municipalités des systèmes de supervision, de prévention et d'intervention pour les tentatives de suicide.

1.3 Organisation des soins

- Organiser des soins basés sur des indicateurs de la santé et des diagnostics préparés par des équipes de professionnels de la santé avec l'objectif d'implanter les actions et les services (centre de santé) en fonction du territoire et du niveau de soins.

1.4 Éducation et formation continue

- Promouvoir la formation des équipes responsables du Programme de santé de la famille et des intervenants en santé communautaire;
- Développer des activités d'éducation continue;
- Instaurer des programmes de transfert technologique pour confronter la violence et créer la paix dans les États et les municipalités;
- Entreprendre des actions éducationnelles destinées aux adolescents, liées à la prévention en matière de santé, à l'action citoyenne et à l'environnement.

1.5 Recherche

- Mener des études sur la morbidité et la mortalité dues à la violence;
- Améliorer les connaissances sur le profil des victimes et des agresseurs;
- Évaluer les politiques publiques, les programmes et les services existants;
- Mener des études sur l'impact économique et financier;
- Établir un centre de suivi de la production et de la diffusion des connaissances.

1.6 Législation

- Intersectorialité : par le biais de législations spécifiques de chaque palier gouvernemental (local, étatique et fédéral), instituer des chambres sectorielles sur les politiques concernant la sécurité, la prévention de la violence et la promotion d'une culture de paix;
- Contrôler la consommation de boissons alcoolisées et la publicité qui s'y rattache;

- Promouvoir la réduction de la violence routière par des changements législatifs;
- Favoriser les actions pour combattre et éliminer le crime;
- Mettre un frein à la violence conjugale et à la violence envers les enfants et les aînés.

2. L'éducation à la petite enfance prévient la violence chez les jeunes

Les études menées au Canada et présentées par les professeurs Richard Tremblay et Sylvana M. Côté, de l'Université de Montréal, lors du séminaire national tenu à Porto Alegre en 2008, démontrent que les comportements violents, contrairement à la croyance populaire, débutent pendant la petite enfance et atteignent un sommet à l'adolescence. En fait, l'agressivité physique est déjà présente à l'âge de six ans et décroît lorsque les enfants vieillissent. Les jeunes enfants utilisent fréquemment et spontanément l'agressivité physique pour atteindre leurs objectifs. Ce n'est pas leur environnement qui leur apprend à devenir agressifs. Au contraire, les enfants apprennent à ne pas recourir à l'agressivité et à utiliser des solutions alternatives pour résoudre leurs problèmes lors du processus de socialisation, alors qu'ils développent le langage et internalisent les règles sociales.

En conséquence, la recherche actuelle a démontré l'importance d'offrir des soins systématiques aux mères jeunes et/ou socialement vulnérables par le biais de visites à domicile, dès la grossesse.⁵⁻¹² La recherche a aussi mis en lumière les effets protecteurs des garderies pour les enfants à risque. Ces effets sont, notamment, l'amélioration du développement du langage, de la connaissance des nombres et de la maturité éducationnelle et la prévention de la violence.¹³⁻¹⁶ Les études de rentabilité indiquent que l'investissement au cours de la petite enfance aura réduit de 7 à 13 fois les dépenses potentielles liées aux personnes violentes au moment où ces individus atteindront l'âge de 27 et 40 ans, respectivement.^{16,17}

Parmi les propositions de prévention de la violence les plus notables présentées par le CONASS, on retrouve l'incitation à promouvoir et suivre le développement global pendant l'enfance, de la naissance aux premières années de la vie, de même qu'à répondre aux besoins essentiels de la petite enfance. Le CONASS a adopté cette proposition comme politique publique pour la prévention de la violence et a entrepris des actions spécifiques qui y sont liées.

La traduction en portugais du rapport L'éducation à la petite enfance prévient la violence chez les jeunes¹⁶ et du film documentaire Les origines de l'agressivité, ainsi que leur diffusion subséquente

partout au Brésil, étaient destinées à élargir le débat et à permettre à ces outils d'être utilisés pour façonner les politiques publiques de prévention de la violence. Ces documents, produits par le CEDJE et par le Groupe de recherche sur l'inadaptation psychosociale chez les enfants de l'Université de Montréal, ont été traduits et distribués au Brésil par le CONASS.

Une autre activité pertinente résultant du partenariat entre le CONASS et le CEDJE, formalisé en 2008, a été la préparation de la version portugaise de l'Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants,^[1] qui a permis aux professionnels et aux décideurs de politiques sociales d'accéder à un grand nombre de résultats scientifiques, par le biais d'articles d'experts et par la recherche par mot clé dans l'Encyclopédie. La disponibilité de ces informations a clairement contribué à promouvoir la petite enfance et à entreprendre des actions de prévention de la violence. À cette fin, la Fondation Maria Cecília Souto Vidigal, basée à São Paulo, a collaboré avec le CONASS dans un partenariat formé à partir d'autres actions de soutien de la petite enfance au Brésil.

Il est essentiel d'agir en partenariat et en réseaux coopératifs, en combinant les efforts pour atteindre des objectifs communs, si l'on souhaite confronter les défis complexes de la société contemporaine, dont font partie la violence ou même la promotion du développement de l'enfant. En 2010, le CONASS a participé intensivement aux ateliers du Ministère de la santé portant sur la Stratégie pour des enfants brésiliens en santé : premières étapes pour un développement national [Estratégia Brasileirinhos e Brasileirinhas saudáveis: primeiros passos para o desenvolvimento nacional], coordonnée par le Ministère de la santé. Cette initiative visait à favoriser des soins de santé plus humains pour les femmes et les enfants, dans la perspective des relations interpersonnelles, de la croissance et du développement holistique des enfants jusqu'à l'âge de cinq ans.

En 2010, le CONASS a joint le Réseau national de la petite enfance (Rede Nacional Primeira Infância - RNPI), une collaboration nationale d'organisations de la société civile, du gouvernement, du secteur privé, de même que d'autres réseaux et organisations multilatérales qui font la promotion de la petite enfance. En décembre 2010, à Brasilia, le RNPI a préparé et diffusé le Plan national pour la petite enfance¹⁸, qui inclut des recommandations destinées au gouvernement brésilien quant aux actions conjointes exhaustives à entreprendre pour promouvoir et garantir les droits des enfants de moins de six ans pour les douze prochaines années (2010-2022).

Il convient de mentionner que la présidente du Brésil, Dilma Rousseff, élue pour le mandat de 2011 à 2014, a lancé un projet de construction de 6 000 garderies pour enrichir l'éducation des enfants de moins de trois ans. En 2011, seulement 18 % des enfants de moins de trois ans avaient accès à une garderie au Brésil. Le Plan national d'éducation actuel anticipe que 50 % d'entre eux seront inscrits à une garderie en 2020.

Conclusion

Confronter la violence, cette épidémie silencieuse du 21^e siècle, requiert une volonté politique, une coordination entre des institutions et des segments de la société variés (gouvernement, organisations sociales, centres académiques et de recherche, initiatives privées, etc.), de même que des programmes de politiques publiques soutenus par des résultats de recherche. Conscient de cette réalité et des défis qu'elle propose, le CONASS a assidûment établi des partenariats et diffusé l'information relative à la violence, particulièrement pour développer des stratégies de prévention liées à la garde et à l'éducation des jeunes enfants. Nous croyons que les enfants sont la clé du futur de la nation.

Références

1. Concha-Eastman, A., & Malo M. (2007). Da repressão à prevenção da violência: desafio para a sociedade civil e para o setor saúde [From suppression to prevention of violence: the challenge posed to civil society and the health care sector]. *Ciência & Saúde Coletiva* [Science & Collective Health], 11 (Sup): 1179-1188.
2. World Health Organization [WHO], (2002). *World report on violence and health*. Geneva: WHO.
3. Reichenheim M.E., Souza, E. R., Moraes, C.L., Jorge M.P., Silva, C.F., Minayo, M.S. (2011). Violência e lesões no Brasil: efeitos, avanços alcançados e desafios futuros [Violence and injuries in Brazil: effects, advances attained and future challenges]. *The Lancet - Saúde no Brasil* [Health in Brazil], May 2011.
4. National Council of Health Secretaries [CONASS], (2009). *Violência uma epidemia silenciosa - Seminário Nacional: propostas, estratégias e parcerias por área de atuação* [Violence as a silent epidemic - National Seminar: proposals, strategies and partnerships by area of activity]. CONASS Document no. 17. Brasília.
5. Barnes, J., Ball, M., Meadows, P., Belsky, J. & the FNP Implementation Research Team. (2009). *Nurse-Family Partnership Programme Second Year Pilot Sites Implementation in England: The Infancy Period*. Research Report DCSF-RR166. London: Birkbeck College, University of London.
6. Eckenrode, J., Campa, M., Luckey, D.W., Henderson, C.R., Cole, R., Kitzman, H., Anson, E., Sidora-Arcoleo, K., Powers, J., & Olds, D. (2010). Long-term Effects of Prenatal and Infancy Nurse Home Visitation on the Life Course of Youths, 19-Year Follow-up of a Randomized Trial. *Archives Pediatrics & Adolescent Medicine*, Vol. 164 (N.1) Jan, 2010.
7. Kitzman HJ. (2004/2010). Programas eficazes de desenvolvimento infantil para famílias de baixa renda: intervenções de visita domiciliar durante a gravidez e a primeira infância. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, Boivin M, eds. *Enciclopédia sobre o Desenvolvimento na Primeira Infância* [on-line]. Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development; 2010:1-7. Available at: <http://www.encyclopedia-crianca.com/documents/KitzmanPRTxp1-Visita.pdf>. Accessed October 4, 2011.

8. Olds, D. (2006). The Nurse-Family Partnership: An evidence-based preventive intervention. *Infant Mental Health Journal*, 27(1), 5-25.
9. Olds, D., Eckenrode J., Henderson C.R. Jr, et al. (1997). Long-term effects of home visitation on maternal life course and child abuse and neglect. Fifteen-year follow-up of a randomized trial. *JAMA - Journal of the American Medical Association*, 278(8):637-643.
10. Olds, D., & Kitzman, H.J. (1993). Review of research on home visiting for pregnant women and parents of young children. *Future of Children*, 3(3): 52-92.
11. Olds, D., Sadler, L., & Kitzman, H. (2007). Programs for parents of infants and toddlers: Recent evidence from randomized trials. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, Vol. 48, N. 3-4, pp. 355-391.
12. Tolani, N., Brooks-Gunn, J., & Kagan, S. L. (2006). *Running Head: Parenting Education Programs for Poor, Young Children - A Cross-National Exploration*. National Center for Children and Families. Teachers College, Columbia University.
13. McCain, M.N., Mustard, F.J., & Shanker, S. (2007). *Early Years Study 2: Putting Science into Action*. Toronto: Council for Early Child Development.
14. de Moura D.R., Costa J.C., Santos I.S., Barros A.D., Matijasevich A., Halpern R., Dumith S., Karam S., Barros F.C. (2010). Risk factors for suspected developmental delay at age 2 years in a Brazilian birth cohort. *Pediatric and Perinatal Epidemiology* 24, 211-221.
15. Mustard, JF. (2010) Early brain development and human development. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, Boivin M, eds. *Encyclopedia on Early Childhood Development* [online]. Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development; 1-5. Available at: <http://www.child-encyclopedia.com/documents/MustardANGxp.pdf>. Accessed October 4, 2011
16. Tremblay, R.E., Gervais, J., & Petitclerc, A. (2008). Prevenir a violência pelo aprendizado na primeira infância [Early learning prevents youth violence]. Report. Available at http://www.conass.org.br/admin/arquivos/relatorio_para_grafica.pdf. Accessed October 4, 2011.
17. Schweinhart L, Montie J, Xiang Z, Barnett WS, Belfield CR, Nores M. *Lifetime effects: The High/Scope Perry Preschool study through age 40*. Vol 14. Ypsilanti, MI: High/Scope Press; 2005.
18. National Early Childhood Network [RNPI], (2010). Plano Nacional pela Primeira Infância [National Early Childhood Plan]. Brasília. Available at <http://primeirainfancia.org.br/wp-content/uploads/PPNI-resumido.pdf>. Accessed October 4, 2011.

Note :

[1] Site Web de l'Enciclopédia sobre o Desenvolvimento na Primeira Infância. Disponible sur le site : www.encyclopedia-crianca.com. Page consultée le 21 janvier 2012.

Les effets de la violence communautaire sur le développement de l'enfant

¹Nancy G. Guerra, EdD, ²Carly Dierkhising, M.A.

¹University of Delaware, États-Unis, ²University of California at Riverside, États-Unis

Janvier 2012

Introduction

Les communautés dans lesquelles les enfants grandissent peuvent avoir un grand impact sur les adultes qu'ils deviendront. Plusieurs enfants sont élevés dans un environnement calme et favorable, avec une abondance de ressources. À l'autre extrémité du spectre, des millions d'enfants grandissent dans des conditions adverses, qui se manifestent souvent par l'absence des ressources de base nécessaires au développement. Mais l'adversité peut aussi prendre la forme d'une exposition accrue à des événements négatifs qui façonnent le développement tout au long de la vie.

L'exposition à la violence communautaire fait partie des expériences les plus néfastes auxquelles les enfants peuvent être confrontés. Elle a un impact sur la façon dont ils se sentent, réfléchissent et agissent. La violence communautaire réfère à la violence interpersonnelle qui survient dans la communauté, qui n'est pas perpétrée par un membre de la famille et qui vise à faire du mal. Elle peut résulter de différentes circonstances, allant de la violence de quartier aux guerres ou conflits civils continus. Les trois situations suivantes sont considérées comme une exposition à la violence : être conscient de l'expérience de la violence par autrui (par ex., entendre parler de violence), être directement victime d'un acte violent ou être témoin d'un acte violent subi par d'autres individus.¹

Malheureusement, trop d'enfants et de jeunes partout dans le monde sont hautement exposés à la violence communautaire. Par exemple, dans une enquête nationale menée aux États-Unis, 55 % des adolescents ont rapporté avoir vécu une forme quelconque d'exposition à la violence communautaire.² Actuellement, dans ce même pays, l'homicide est la deuxième cause de mortalité la plus fréquente chez les jeunes âgés entre 10 et 24 ans, bien que cette statistique tienne compte de la violence familiale et d'autres types de victimisation violente.³ Ces taux élevés s'appliquent également aux formes moins sévères de violence. Par exemple, selon l'enquête

Youth Risk Behavior Survey (Enquête sur les comportements à risque chez les jeunes), conduite annuellement à l'échelle nationale auprès d'un échantillon représentatif d'étudiants du niveau secondaire, 32 % des jeunes rapportent qu'ils ont été impliqués dans au moins une bagarre physique au cours de la dernière année.³ Bien que la violence traverse les barrières sociales et démographiques, l'exposition à la violence communautaire est plus grande dans les centres-villes et dans les quartiers défavorisés en milieu urbain.¹

Résultats récents de la recherche

Quel est l'impact de l'exposition à la violence sur le développement de l'enfant? Il est maintenant clair que « la violence engendre la violence » — ce qui signifie que les enfants exposés à la violence sont plus susceptibles de se retrouver piégés dans un cycle de violence qui les mène ultérieurement à commettre des actes violents, dont les agressions, la délinquance, le crime et la maltraitance des enfants.⁴ Ceci est vrai pour tous les types d'exposition à la violence au cours de l'enfance, incluant notamment la violence communautaire.

De plus, il a été montré que l'exposition à la violence contribue aux problèmes de santé mentale au cours de l'enfance et de l'adolescence. Les troubles psychologiques, dont la dépression, l'anxiété et le trouble de stress post-traumatique (TSPT) sont plus fréquents chez les jeunes exposés à la violence communautaire.⁵ Aussi, plusieurs enfants présentent plus d'un symptôme ou trouble. Par exemple, dans une enquête nationale sur l'exposition des adolescents à la violence, près de la moitié des garçons ayant reçu un diagnostic de TSPT présentaient un diagnostic de dépression comorbide et près du tiers présentaient un trouble d'abus de substance comorbide. Parmi les filles atteintes de TSPT, plus des deux tiers avaient aussi un diagnostic de dépression comorbide et un quart présentaient un trouble d'abus de substance comorbide.⁶

On a montré que les symptômes de TSPT sont reliés à l'exposition à la violence communautaire de façon graduée; en effet, un niveau d'exposition plus élevé est associé à une expression accrue des symptômes.² Au cours de l'adolescence, les symptômes de TSPT peuvent se manifester par des comportements d'externalisation, lorsque les jeunes sont surexcités et trop prompts à percevoir une menace; à l'inverse, ils peuvent sembler déprimés et retirés. Les études montrent typiquement des différences sexuelles sur le plan développemental, les garçons devenant plus agressifs et les filles devenant plus dépressives suite à l'exposition à la violence communautaire.⁷

En plus de documenter l'impact de la violence sur le développement de l'enfant, une quantité croissante de recherches examinent les processus qui sous-tendent l'hétérogénéité de cet impact, particulièrement pour les enfants de différents âges. L'exposition à la violence influence le développement dans de multiples domaines et à différents stades développementaux. Elle peut affecter le développement neurologique, physique, émotionnel et social des enfants, menant souvent à une cascade de problèmes qui interfèrent avec l'adaptation.

Chez les très jeunes enfants, l'exposition répétée à la violence communautaire peut contribuer à des difficultés dans la formation de relations de confiance positives, nécessaires pour qu'ils explorent leur environnement et développent un sentiment de sécurité.⁸ Des difficultés dans la formation de ces relations d'attachement peuvent interférer avec le développement d'un sentiment de confiance envers les autres et compromettre les relations interpersonnelles à l'âge adulte. L'effet de l'exposition à la violence sur le cerveau en développement de l'enfant est particulièrement préoccupant. Comme le cerveau se développe de façon séquentielle, les perturbations vécues tôt dans la vie peuvent déclencher une chaîne développementale physiologique négative qui devient de plus en plus difficile à interrompre. Les adaptations neurobiologiques qui permettent aux enfants « incubés sous terreur » de survivre dans des milieux violents peuvent ultimement mener à la violence et à des problèmes de santé mentale, même lorsque ces mécanismes ne sont plus adaptés.⁹

La survie humaine dépend de l'activation de la réponse « fuir ou combattre » lors de menaces potentielles. Mais chez certains enfants, l'exposition élevée à la violence communautaire crée un état perpétuel de peur qui active continuellement le mécanisme de réponse au stress du système nerveux central. Ceci prédit une foule de problèmes développementaux, dont une hypersensibilité aux stimuli externes, des sursauts intenses et des problèmes de régulation des affects.¹⁰ Ces réactions rendent l'individu plus vulnérable aux problèmes de santé mentale, aux distorsions cognitives et aux comportements problématiques.

La meilleure illustration du lien entre l'exposition à la violence communautaire, le développement social et cognitif et le comportement se trouve dans l'examen des mécanismes impliqués dans le cycle de la violence. Lorsque les enfants vieillissent et perfectionnent leur compréhension cognitive du monde social, la programmation neurodéveloppementale liée à l'exposition précoce à la violence peut facilement se manifester par une vision biaisée du monde. Chez certains enfants (particulièrement les garçons), ce processus peut mener à l'hyper vigilance envers la menace, à la mauvaise attribution des intentions et à la volonté d'endosser la violence.¹¹ Ces patrons de

cognitions deviennent de plus en plus stables avec le temps et peuvent mener aux patrons caractéristiques de pensées et d'actions associés aux comportements agressifs et violents.¹² En bref, ces schémas internalisés sur le besoin et la pertinence de l'agressivité servent de mécanismes par lesquels la violence communautaire contribue à l'agressivité et à la violence ultérieures.¹³

Lacunes de la recherche

La violence communautaire ne survient pas sans fondement. Elle se produit souvent en même temps que d'autres types de violence. Plus particulièrement, la famille est la source primaire d'exposition à la violence chez les jeunes enfants, bien que cette exposition familiale soit souvent plus élevée chez les enfants qui vivent dans des communautés très violentes.^{8,9} Certaines études ont abordé l'importance des différents niveaux du contexte écologique, mais la plupart examinent encore les effets de l'exposition à la violence dans un seul contexte. De plus, les enfants et les jeunes exposés à un haut niveau de violence communautaire sont typiquement soumis à d'autres stressseurs ou facteurs de risque dans leur communauté, leur famille ou leur groupe de pairs. Il est important que les études départagent les effets des différentes expériences stressantes sur le développement et déterminent la contribution unique de l'exposition à la violence.

En général, la recherche a réuni toutes les formes d'exposition à la violence sous le concept d'« exposition à la violence » et a traité ce concept comme un phénomène unique. Peu d'études ont examiné les effets distincts d'entendre parler de violence, d'être témoin de violence ou d'être victime de violence. Ces effets pourraient aussi varier selon l'âge. La recherche future pourrait se baser sur les études sur la résilience (ou l'adaptation en contexte d'adversité) pour mettre en lumière les facteurs individuels et contextuels qui favorisent l'adaptation en contexte violent. Ces facteurs sont d'une importance critique pour la prévention et l'intervention (bien qu'évidemment, l'intervention idéale serait celle qui permettrait de réduire les niveaux d'exposition à la violence). En effet, la plupart des jeunes exposés à la violence communautaire ne vivent pas un développement problématique.¹⁴

Conclusion

Aux États-Unis et partout dans le monde, les enfants sont fréquemment exposés à de hauts niveaux de violence communautaire. Selon les estimations obtenues à partir d'enquêtes récentes, plus de 50 % des enfants et des jeunes ont été exposés à la violence communautaire dans une

certaines mesures. Il a été montré que cette exposition a un impact négatif sur le développement et peut mener à une augmentation des problèmes émotionnels, sociaux et comportementaux. Un résultat robuste dans la littérature est le lien entre l'exposition à la violence et la perpétration ultérieure de violence, qu'on désigne par l'expression « cycle de la violence ». En d'autres mots, les enfants qui sont témoins de violence ou la subissent sont plus susceptibles d'y recourir au cours de leur maturation et à l'âge adulte. Les effets de l'exposition à la violence sont particulièrement problématiques chez les jeunes enfants; on a montré qu'ils affectent négativement le développement du cerveau. Les perturbations rencontrées tôt dans la vie peuvent mettre en marche une chaîne développementale physiologique qui devient de plus en plus difficile à interrompre. En plus de manifester plus de comportements agressifs, les jeunes exposés à la violence communautaire souffrent plus fréquemment de troubles psychiatriques, dont la dépression, l'anxiété et le trouble de stress post-traumatique (TSPT). Toutefois, la plupart des jeunes qui grandissent dans des milieux violents ne développent pas de troubles de santé mentale ou de problèmes de comportement; plus de recherches seront donc nécessaires pour comprendre les mécanismes spécifiques de résilience.

Implications pour les parents, les services et les politiques

Il va sans dire que, devant l'ampleur de l'exposition à la violence communautaire, la démarche la plus importante est de travailler en collaboration pour réduire la violence dans les milieux où les enfants grandissent. Il existe plusieurs exemples de stratégies communautaires de réduction de la violence qui ont montré leur efficacité. Les parents peuvent aussi limiter l'exposition de leurs enfants, même dans les quartiers plus violents, en surveillant attentivement et supervisant leurs activités. Ils peuvent également réduire l'exposition à la violence dans d'autres contextes, par exemple en limitant l'exposition des enfants à des émissions de télévision, des films et des jeux vidéo violents. Comme l'exposition à la violence affecte la réactivité au stress des enfants, les programmes de prévention et d'intervention qui aident à comprendre et gérer le stress sont un ingrédient important pour promouvoir la résilience et l'adaptation chez les enfants exposés à la violence.

Références

1. Richters, J. E., and Martinez, P. E. (1993). The NIMH community violence project: I. Children as victims of and witnesses to violence. *Psychiatry*, 56, 7-21.
2. McCart, M., Smith, D. W., Saunders, B. E., et al. (2007). Do urban adolescence become desensitized to community violence? Data from a National Survey. *American Journal of Orthopsychiatry*, 77, 3, 434-442.

3. Centers for Disease Control and Prevention (CDC, 2011). Youth violence statistics. Available at: http://www.cdc.gov/violenceprevention/youthviolence/stats_at-a_glance/index.html. Accessed November 11, 2011.
4. Dodge, K. A., Bates, J. E., & Pettit, G. S. (1990). Mechanisms in the cycle of violence. *Science*, 250, 1678-1683.
5. Sheidow, A., Gorman-Smith, D., Tolan, P. H., & Henry, D. (2001). Family and community characteristics: Risk factors for violence exposure in inner-city youth. *Journal of Community Psychology*, 29, 345-360.
6. Kilpatrick, D. G., Smith, D. W., Saunders, B. E. et al. (2007). Violence and risk of PTSD, major depression, substance abuse/dependence, and comorbidity: Results from the National Survey of Adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 692-700.
7. Attar, B., Guerra, N. G., & Tolan, P. (1994). Neighborhood disadvantage, stressful life events, and adjustment in elementary school children. *Journal of Clinical Child Psychology*, 23, 394-400.
8. Osofsky, J. D. (1995). The effect of exposure to violence on young children. *American Psychologist*, 50, 782-188.
9. Perry, B. D. (1997). Incubated in terror: Neurodevelopmental factors in the 'cycle of violence.' In J. Osofsky (Ed.), *Children, youth, and violence: The search for solutions* (pp. 124-148). New York: Guilford Press.
10. Pynoos, R. (1990). Post-traumatic stress disorder in children and adolescents. In B. Garfinkel, G. Carlson, & E. Weller (Eds.). *Psychiatric disorders in children and adolescents* (pp. 48-63). Philadelphia, PA: W.B. Saunders.
11. Margolin, G., & Gordis, E. B. (2000). The effects of family and community violence on children. *Annual Review of Psychology/Annual Reviews*. Vol. 51, 445-479.
12. Crick, N. R., & Dodge, K. A. (1994). A review and reformulation of social information-processing mechanisms in children's social adjustment. *Psychological Bulletin*, 115, 74-101.
13. Guerra, N. G., Huesmann, L. R., & Spindler, A. (2003). Community violence exposure, social cognition, and aggression among urban elementary-school children. *Child Development*, 74, 1507-1522.
14. Guerra, N. G. (1997). Intervening to prevent childhood aggression in the inner city. In J. McCord (Ed.), *Violence and childhood in the inner city* (pp. 256-312). Guggenheim Foundation/Cambridge University Press.

Effets de la violence physique familiale et communautaire sur le développement de l'enfant : Prévalence, facteurs de risque et lacunes de la recherche

¹Holly Foster, Ph.D., ²Jeanne Brooks-Gunn, Ph.D.

¹Texas A&M University, États-Unis, ²Columbia University, États-Unis

Janvier 2023, Éd. rév.

Introduction

L'exposition à la violence dans la vie des enfants comprend à la fois des formes indirectes lorsqu'ils en sont témoins et directes lorsqu'ils en sont victimes que ce soit dans le contexte familial ou communautaire.^a Il est estimé qu'à travers le monde, 54 % des enfants (entre les âges de 2 et 17 ans) ont subi une forme de violence (notamment physique, sexuelle ou émotionnelle, de l'intimidation ou ont été témoins de violence) ou de violence sévère au cours de la dernière année, soit un peu plus de la moitié des enfants du monde.^{1,2} Cela signifie que près d'un milliard d'enfants ont subi de la violence en 2014. Dans les pays en voie de développement, il est estimé que la prévalence de l'année passée dépasse les 59 % d'enfants exposés. Ce taux est moins élevé dans les pays développés, avec une prévalence de 44 %.¹

En outre, les recherches internationales estiment qu'entre 133 et 275 millions d'enfants dans le monde sont témoins de violence domestique chaque année.³ Les estimations dans les pays développés vont de 4,6 à 11,3 millions, avec des estimations plus élevées de 40,7 à 88 millions en Asie du Sud, de 34,9 à 38,2 millions en Afrique subsaharienne et de 11,3 à 25,5 millions en Amérique Latine et aux Caraïbes.³ Ainsi, même si les estimations varient quelque peu entre les continents, elles révèlent toutefois que les violences envers les enfants représentent un problème mondial.

Nous nous concentrons ici principalement sur l'exposition à la violence physique, notamment l'utilisation de force physique dans le but d'affecter la santé et le développement d'un enfant, ainsi que le fait de laisser des enfants être témoins de ces violences.⁴ En Amérique du Nord, la prévalence médiane sur toute la durée de vie des cas autodéclarés de violence physique envers

les enfants est de 24,3 % pour les garçons et de 21,7 % pour les filles, à partir d'un examen de plus de 300 études publiées entre 2000 et 2017.^{2,4} Ces mêmes similarités par genre sont également observées en Asie, où le taux de prévalence médiane est de 21,9 % pour les garçons et de 22,8 % pour les filles. Cependant, par contraste, les taux en Europe pour les garçons dépassent largement ceux des filles (respectivement 27 % contre 12 %). Une variable continentale a également été observée, avec des taux de 60,2 % pour les garçons en Afrique, contre 50,8 % pour les filles. Nettement moins d'études sont disponibles en Afrique, en Australie, en Europe et en Amérique du Sud (n=1 à 7 études) qu'en Amérique du Nord (n=40 études) et en Asie (n=15 études). Les taux élevés en Afrique doivent donc être envisagés au vu de cette limitation.⁴

L'exposition à la violence varie selon le contexte du quotidien de l'enfant, notamment les communautés et les lieux de vie. Les actes de violence communautaire comprennent ceux dont l'intention est de causer des dommages physiques à une personne de la communauté.⁵ La majorité des recherches sur la violence communautaire ont été effectuées aux États-Unis,³ où près de 25 % des enfants âgés de 2 à 17 ans y ont été exposés.⁶ Cependant, en 2016, une estimation inférieure provenant d'un échantillon représentatif au niveau national a indiqué que seulement 5 % des adolescents américains (âgés de 10 à 17 ans) avaient été victimes d'un acte de violence dans un cadre communautaire (comprenant plusieurs expositions directes et témoins).⁷ Près de 21 % d'entre eux (20,8 %) ont subi cette exposition à l'école, 8,4 % ne l'ont subie qu'à la maison, et 21,3 % l'ont subie à la fois dans un contexte scolaire et domestique. Les polyvictimes, soit celles ayant subi des violences dans plusieurs contextes, y compris en ligne, représentent 17,8 % des jeunes.^{2,7} Cela signifie qu'aux États-Unis, un peu plus d'un quart des jeunes de 10 à 17 ans (26,4 %) n'ont été exposés à aucune violence, quel que soit le contexte, au cours de la dernière année.

Compte tenu de l'incidence mondiale de la pandémie de COVID-19 dans la vie des enfants, tout particulièrement durant les phases de quarantaine, il est utile de comprendre la violence subie par les enfants durant cette période. Une étude brésilienne effectuée auprès d'enfants pris en charge par les services hospitaliers d'urgence pédiatrique a déterminé que 58,9 % d'entre eux avaient subi des abus (sexuels, physiques ou auto-infligés, suspectés ou confirmés par un médecin) dans leur propre foyer.⁸ Une analyse des tendances des pourcentages relatifs trimestriels dans le temps révèle que les enfants assistés aux urgences ont augmenté pendant la phase de quarantaine de la pandémie ($p < 0,01$) (c'est-à-dire après mars 2020 jusqu'à décembre 2020) par rapport aux mêmes mois de l'année précédente.⁸ Les tendances à l'augmentation de la

violence envers les enfants pendant la phase de quarantaine de la pandémie sont corroborées par la France, où l'on a observé une augmentation des taux d'hospitalisation pour maltraitance physique de jeunes enfants (âgés de 0 à 5 ans) de mars à avril 2020, avec une estimation de 0,073 % par rapport aux trois années de données antérieures pour ces mois de 2017 à 2019 (à 0,053 %).⁹ Ces tendances se traduisent par une estimation accrue, 1,4 fois plus élevée, de la maltraitance physique des jeunes enfants que celle à laquelle on pourrait s'attendre d'après les données d'hospitalisation des trois années antérieures.⁹ Les taux de violence à l'égard des enfants ont probablement augmenté pendant la phase de quarantaine, car les gens se sont isolés davantage chez eux, loin de l'école et de la garderie, où les blessures des enfants sont observables par les autres adultes. En outre, les familles étaient obligées de rester dans leur domicile, loin des lieux de travail, et pour beaucoup, cela s'est produit en même temps que des facteurs de stress économiques et un surpeuplement du lieu de vie.² Ces facteurs augmentent la probabilité de conflit et de violence à la maison, et les jeunes enfants sont vulnérables dans ces conditions, avec peu de ressources protectrices disponibles.

Sujet

La recherche a montré que l'exposition à la violence a des effets néfastes envahissants. Elle entraîne des problèmes d'internalisation (par ex., des symptômes dépressifs ou d'anxiété), des problèmes d'externalisation (par ex., des comportements agressifs) et des difficultés sociales et scolaires au cours de l'enfance et de l'adolescence.^{10,11,12,13} Des recherches récentes ont aussi montré des liens systématiques entre l'exposition à la violence communautaire et l'asthme chez les enfants,^{14,15} incluant les difficultés respiratoires chez les enfants d'âge préscolaire.¹⁶ Les effets peuvent être mieux résumés selon le type d'exposition à la violence. Premièrement, une récente méta-analyse de plusieurs études a montré que l'exposition à la violence communautaire, considérée globalement, prédisait plus fortement les problèmes d'externalisation que les problèmes d'internalisation, les effets les plus forts étant liés au trouble de stress post-traumatique (TSPT).¹⁷ Pour tous les sous-types d'exposition à la violence communautaire, la méta-analyse a montré que la victimisation directe avait des effets plus importants sur les problèmes d'internalisation que le fait d'être témoin de violence. Subir une forme de violence communautaire ou en être témoin entraîne des effets plus forts sur les problèmes d'externalisation que d'entendre parler de cette forme de violence. Finalement, la grandeur des effets semble varier selon l'âge, puisque, selon la méta-analyse, les effets de la violence communautaire sont plus forts chez les adolescents que chez les enfants. Cependant, après avoir pris en considération les

caractéristiques des études, des analyses supplémentaires ont suggéré que les effets de la violence communautaire sur les problèmes d'externalisation étaient plus forts chez les adolescents (âgés de 12 à 25 ans), alors que ses effets sur les problèmes d'internalisation étaient plus forts chez les enfants (âgés de 11 ans et moins).¹⁷

On a montré que l'agressivité physique du parent envers l'enfant a des effets néfastes. Elle entraîne des problèmes d'internalisation et d'externalisation et des difficultés scolaires chez les enfants.^{18,19,12} Les mauvais traitements constituent le type de victimisation qui a les effets les plus forts sur les symptômes dépressifs chez les enfants de 2 à 9 ans et chez ceux de 10 à 17 ans.²⁰ Les revues de littérature montrent un lien néfaste entre l'exposition à la violence domestique et des problèmes de comportements envahissants.²¹ De même, la recherche souligne l'impact de l'exposition répétée à la violence sur le développement de l'enfant. La recherche a montré que la « polyvictimisation », qui désigne au moins quatre types de victimisation chez la même personne au cours de l'année écoulée, aggrave les symptômes traumatiques (par ex., la colère, la dépression et l'anxiété).²² Une autre étude a révélé que les jeunes exposés à plusieurs situations de victimisation ont des résultats académiques plus faibles que ceux exposés à peu de victimisation et ceux ayant été principalement victimes de leurs pairs.²³

Au cours de la phase de quarantaine de la pandémie de COVID-19, une étude sur la violence à l'égard des jeunes enfants (âgés de 0 à 5 ans) a montré des taux accrus au cours de cette période. Cependant, les résultats sur la façon dont les jeunes enfants ont été exposés à la violence pendant la pandémie ne sont pas encore disponibles. Les études menées auprès d'adolescents par le biais d'enquêtes menées au cours de la pandémie montrent des résultats mitigés. Par exemple, une étude transversale sur les adolescents du secondaire aux États-Unis (de la 9^e à 12^e année), menée de janvier à juin 2021 (incluant des questions sur la prévalence de l'année passée, englobant mars 2020), a montré des risques accrus de risques de suicide et de mauvaise santé mentale pour les enfants ayant vécu des expériences plus défavorables, y compris différents types d'exposition à la violence (p. ex., violence physique).²⁴

En revanche, une étude longitudinale canadienne sur les adolescents (âgés de 14-18 ans au début de l'étude en 2019 et âgés de 15-19 ans dans la deuxième partie, de novembre 2020 à juin 2021) a mené des enquêtes auprès d'eux avant et pendant la pandémie. Ils ont constaté que les adolescents ayant subi deux formes de maltraitance d'enfant ont connu des niveaux inférieurs de problèmes d'internalisation et d'externalisation au fil du temps (lors de la deuxième partie).²⁵ Les

résultats disparates entre ces études peuvent être dus à des conceptions de recherche (p. ex., transversale ou longitudinale, ou à l'utilisation de dossiers administratifs par rapport aux enquêtes), ainsi qu'à la période visée (p. ex., pendant la phase de quarantaine par rapport aux années précédentes, ou pendant des années antérieures et pendant une pandémie).

Problèmes

Des recherches supplémentaires sont nécessaires sur les effets de l'exposition à la violence au fil du temps au moyen d'études longitudinales. Ces études permettraient de mieux isoler les influences de l'exposition à la violence si elles prenaient aussi en considération d'autres facteurs d'adversité et les problèmes comportementaux antérieurs des enfants. De plus, la recherche sur les jeunes enfants exposés, ou non, à la violence s'attache aux enfants en bas âge pendant la pandémie et se poursuivra jusqu'à l'âge adulte, ce qui permettra de mieux comprendre ses effets et aidera à déterminer les influences protectrices.

Les études qui portent sur l'exposition des jeunes enfants à la violence ont tendance à être menées auprès de familles très défavorisées. Plus de recherches seront nécessaires quant à la prévalence et aux conséquences de l'exposition à la violence dans des échantillons d'enfants provenant de la population générale. En outre, puisque les séquelles d'exposition à la violence sont omniprésentes, les études doivent continuer à inclure un large éventail de résultats sur le développement. Bien que de solides estimations mondiales sur l'exposition à la violence englobent désormais le fait d'être témoin de la violence et de multiples formes de victimisation directe dans la vie des enfants, ces efforts doivent aller au-delà de la prévalence, pour mettre à l'essai des modèles théoriques d'influence. De plus, il faut davantage de recherche internationale sur la violence dans les communautés et la violence de guerre. Enfin, des recherches sont en train d'émerger sur des groupes spécifiques à risque d'exposition à la violence au cours de la COVID-19, y compris les risques élevés auxquels sont confrontés les jeunes réfugiés (âgés de 12 à 17 ans).²⁶ Là encore, des informations sur la façon dont les jeunes enfants réfugiés ont été victimes dans ces circonstances seraient également utiles, ce qui souligne la nécessité de porter une attention plus poussée aux groupes spéciaux à risque de violence avant et pendant la pandémie.

Contexte de la recherche

La recherche sur la violence communautaire et familiale doit être menée selon les facteurs de risque d'exposition. L'exposition à la violence varie selon le quartier, la famille et des facteurs individuels. Des niveaux plus élevés d'agressivité physique du parent envers l'enfant sont associés à la vie dans des quartiers économiquement défavorisés, où le niveau de crime violent est élevé.²⁷ Le statut socio-économique et la structure familiale sont aussi des facteurs de risque d'exposition à la violence domestique.^{10,13} Le statut socio-économique prédit la cooccurrence de l'exposition à diverses formes de violence.²⁸ Les minorités raciales et ethniques sont plus susceptibles d'être exposées à la violence communautaire.^{10,29} Il y a aussi quelques résultats à l'effet que l'exposition à la violence varie selon le genre, bien que le type de violence considéré soit important sur ce plan. Les garçons sont plus susceptibles d'être exposés à la violence communautaire, et les filles sont plus souvent des survivantes de sévices sexuels.^{10,2} Quelques études montrent que l'exposition à la violence domestique ne varie pas selon le genre,³⁰ alors que d'autres montrent que les filles sont plus susceptibles que les garçons d'en être témoins.³¹

Questions clés sur la recherche

Les contextes scolaire et communautaire sont des sites prometteurs pour l'intervention et la prévention des effets de l'exposition à la violence, mais plus de recherches seront nécessaires à ce sujet. Quels facteurs, dans le quartier et à l'école, réduisent l'impact de l'exposition des enfants à la violence? Quels facteurs familiaux et individuels atténuent les influences de l'exposition à la violence? Est-ce que l'influence de ces facteurs protecteurs varie selon le stade développemental de l'enfant? Quels facteurs du quartier et de l'école sont associés à des risques de poly-victimisation (la cooccurrence de l'exposition à plusieurs types de violence)? Quelles formes de poly-victimisation sont observées au fil des différents stades développementaux des enfants? Quelles ressources permettent d'atténuer l'exposition accrue des enfants à la violence à domicile pendant la phase de quarantaine de la pandémie? Comment peut-on prévenir l'exposition à la violence chez les enfants pendant les urgences de santé publique?

Résultats récents de la recherche

L'exposition à la violence communautaire et familiale est associée au développement d'un nombre accru de problèmes chez les enfants d'âge préscolaire. Cependant, la recherche montre que l'influence de l'exposition à la violence communautaire et familiale se produit par un modèle de médiation, un mécanisme qui passe par la personne responsable de l'enfant. Dans ce modèle, la détresse maternelle est vue comme un élément central pour les enfants d'âge préscolaire,

puisqu'ils sont susceptibles d'être confrontés à la violence communautaire en compagnie de leur mère. Les enfants cherchent de l'information auprès de leur mère ; sa détresse en réponse aux événements violents affecterait donc les conséquences de ces événements sur leur comportement.³² Par exemple, chez de jeunes enfants âgés de 3 à 5 ans participant à un programme Bon départ (Head Start), on a montré que la violence communautaire faisait croître la détresse maternelle et que celle-ci, en retour, amplifiait l'hésitation des enfants envers leurs pairs, altérait leur fonctionnement cognitif et restreignait leurs interactions positives avec les pairs.³³ Dans une autre étude, les symptômes dépressifs maternels constituaient une partie du mécanisme par lequel l'exposition à la violence communautaire affectait la détresse d'enfants d'âge préscolaire.³⁴ Dans un échantillon d'enfants de 3 à 5 ans à haut risque, on a trouvé que les agressions en milieu familial et la violence communautaire amplifiaient tous deux la détresse maternelle, qui aggravait en retour les problèmes de comportements de l'enfant.³²

La recherche menée auprès d'enfants plus âgés met en lumière des facteurs qui modèrent ou atténuent les influences de la violence communautaire sur les problèmes que développent les enfants. On a systématiquement montré que le support social est l'un de ces facteurs.^{35,13} De plus, la cohésion familiale atténue les effets de l'exposition à la violence communautaire sur la perpétuation de la violence par les hommes.³⁶ La recherche sur les facteurs protecteurs en contexte scolaire et communautaire émerge également. Une étude canadienne ayant examiné les effets des mauvais traitements subis pendant l'enfance sur le développement de comportements délinquants violents a montré qu'une intervention scolaire avait un effet compensatoire : l'effet néfaste des mauvais traitements était plus faible dans le groupe qui avait reçu un programme centré sur les habiletés interpersonnelles.³⁷ L'effet modérateur du programme d'intervention scolaire a été observé à nouveau deux ans plus tard.³⁸ Une autre étude menée auprès de jeunes Gambiens, en Afrique, a montré qu'un climat scolaire positif réduisait les symptômes de stress post-traumatique chez ceux qui avaient été témoins de violence communautaire.³⁹ Finalement, une étude menée auprès de jeunes des Premières Nations au Canada a montré que la résilience, qu'elle soit individuelle, familiale ou communautaire, atténuait les effets de l'exposition à la violence (mesurée globalement) sur le groupe de symptômes de reviviscence propres au trouble de stress post-traumatique.⁴⁰

Récemment, une étude menée dans 56 pays à revenus faibles ou intermédiaires du monde entier a révélé un risque accru d'abus physique de jeunes enfants (âgés de 1 à 4 ans) résultant de la fessée administrée par les parents. En fait, la fessée augmente le risque de violence physique

chez les enfants de plus de cinq fois par rapport aux enfants dont les parents ne la pratiquent pas (rapport de cotes = 5,74 ; $p < 0,001$), même après que d'autres facteurs pertinents aient été pris en compte.⁴¹ Les attitudes positives à l'égard de la punition physique font également croître le risque de violence physique chez les enfants (RC=2,48 ; $p < 0,001$). Aux États-Unis, des études ont inclus des mesures du contexte macro-économique (par exemple, la crise économique mondiale de 2008, avec des indicateurs de l'indice du sentiment de consommation et du taux de chômage) par rapport à la fréquence élevée des fessées maternelles : celles-ci augmentent avec les problèmes macro-économiques dès que les enfants ont 9 ans.⁴² De plus, ces indices macro-économiques augmentent la fréquence des agressions physiques et psychologiques maternelles chez les enfants de 9 ans, tandis que la négligence à cet âge est influencée par le revenu des ménages plutôt que par le contexte macro-économique.⁴³

Les résultats de cette étude suggèrent que l'éducation du public sur le lien risqué entre la fessée et la violence physique peut constituer une intervention efficace, par exemple par le biais de campagnes d'information sur la santé publique.

Lacunes de la recherche

L'exposition des enfants d'âge préscolaire à la violence a fait l'objet de moins d'études que l'exposition des enfants plus âgés. Les années préscolaires constituent pourtant une période particulièrement importante de développement des habiletés sociales et cognitives, pendant laquelle les enfants se préparent à la transition vers la scolarisation formelle.^{33,34} Compte tenu des cadres de risque cumulatif, la recherche longitudinale sur le bien-être des jeunes enfants avec et sans exposition à des mauvais traitements pendant la pandémie de COVID19 est particulièrement importante lors de leur scolarité et au cours de la vie. De plus, les études sur le risque cumulatif doivent mesurer la violence physique dans différents contextes, car l'exposition à la violence communautaire et à la violence familiale au cours de l'enfance (de 5 à 9 ans) est associée à différents comportements à risque chez les adolescents (15 ans) : l'exposition à la violence communautaire augmente les comportements sexuels à risque et la violence familiale augmente les risques de consommation d'alcool et d'autres drogues, en tenant compte des covariables. Toutefois, une association bivariée entre la violence communautaire et les risques d'obésité subséquents chez les adolescents s'explique par les covariables chez les enfants, les mères et les ménages.⁴⁴ Il est également nécessaire d'effectuer des recherches supplémentaires de manière longitudinale au cours des trois périodes de développement du cours précoce de la vie, en traitant

des types et de la quantité de violence vécus ou de leurs effets à différents âges.⁴⁵

Des recherches continues sur les influences de l'exposition des jeunes enfants à la violence sur le développement du cerveau, les systèmes nerveux, endocrinien et immunitaire sont nécessaires, compte tenu des découvertes émergentes dans ce domaine.² Par exemple, une mesure composite consistant à être témoin de violence et à vivre personnellement de la violence dans la communauté, chez soi et directement de la part de gardiens de la petite enfance à la petite enfance (entre 3 ans, 5 ans et 9 ans) a été associée à une activité cérébrale spécifique à la région à l'âge de 9 ans (c'est-à-dire une diminution de l'activation amygdale, ce qui indique une activation plus soutenue).⁴⁷ De plus, des niveaux élevés d'exposition à la violence au début de la vie à l'âge de 3 ans, 5 ans et/ou 9 ans (témoin et/ou victimisation à la maison ou dans la communauté) interagissaient avec des niveaux élevés de privations sociales (c.-à-d., plus faible soutien social, cohésion de quartier inférieure) pour diminuer la connectivité de la matière blanche du cortex amygdalien-orbitofrontal dans l'hémisphère droit du cerveau chez les enfants âgés de 15 à 17 ans, ce qui pourrait diminuer la réaction amygdale à la menace.⁴⁸ Les chercheurs ont suggéré un effet interactif pour les jeunes qui subissent à la fois des mauvais traitements chez les enfants et des types de facteurs de stress liés à la pandémie de COVID-19, une hypothèse nécessitant des tests empiriques.⁴² De plus, la recherche montre que l'exposition à la violence au début de la vie peut mener à des premières menstruations précoces, qui peuvent à leur tour avoir une influence négative sur la santé au cours de la vie.⁴³ Par conséquent, l'établissement de ressources protectrices pour réduire ces connexions impliquant des processus de stress biosocial peut avoir des avantages à long terme pour la santé.

Il faut approfondir la recherche sur les mécanismes qui relient l'exposition à la violence et le développement de problèmes à différents stades développementaux. Des travaux supplémentaires seront aussi nécessaires pour examiner les potentielles influences atténuantes des ressources scolaires, communautaires, individuelles et familiales au fil des stades développementaux. La recherche sur les ressources scolaires et communautaires pour les enfants plus âgés commence à émerger, mais l'influence de ces ressources dans la vie des enfants plus jeunes devrait aussi être examinée. Également, les effets atténuateurs des ressources personnelles et sociales devraient être évalués pour plusieurs types d'exposition à la violence, que les devis de recherche doivent donc prévoir de mesurer. Plus d'études longitudinales examinant l'influence de ressources protectrices sur plusieurs aspects du développement devront être mises sur pied. D'autres études comparatives internationales seront aussi nécessaires. La

poursuite de la recherche comparative à l'échelle internationale est encore nécessaire, et nous observons des développements prometteurs dans ce domaine.²

Conclusion

L'exposition à la violence peut se produire dans différents contextes sociaux de la vie des enfants, dont la famille et la communauté. Souvent, plusieurs formes d'exposition à la violence ont lieu simultanément. Les enfants de tous les âges sont exposés à la violence. Ceux qui proviennent de familles et de quartiers défavorisés sont particulièrement à risque d'être exposés à la violence. Du côté des jeunes enfants, on a identifié un mécanisme par lequel l'exposition à la violence affecte la santé mentale de la personne responsable de l'enfant, ce qui en retour nuit au développement de ce dernier. Par conséquent, un modèle de risques intergénérationnels dans la vie des jeunes enfants justifie un développement théorique et empirique. Chez les enfants plus âgés, l'exposition à la violence a des effets préjudiciables directs sur une vaste gamme d'aspects du développement, notamment les aspects social, émotionnel et académique. Des recherches prometteuses ont émergé sur les caractéristiques des familles, des écoles et des communautés qui atténuent les effets de l'exposition à la violence dans la vie des enfants. On a découvert que le support social est une ressource protectrice pour réduire l'impact de l'exposition à la violence communautaire. De plus, on a constaté que des caractéristiques des communautés et des écoles (par ex., le climat scolaire et la résilience communautaire) réduisent aussi les impacts de l'exposition à la violence communautaire et des mauvais traitements dans la vie des enfants plus âgés. Des recherches supplémentaires sur les effets des efforts de prévention et d'intervention sur une large gamme d'aspects du développement seront nécessaires, auprès d'enfants de différents âges, et avec une sensibilité à l'inclusion des enfants exposés à une violence familiale accrue pendant la pandémie de COVID-19.

Implications pour les parents, les services et les politiques

Idéalement, plus de ressources devraient être allouées à des initiatives pour réduire le niveau global d'exposition à la violence dans les communautés et les familles. Cependant, il existe aussi des opportunités plus immédiates d'instaurer des politiques et des efforts de prévention appuyés sur des résultats scientifiques. Par exemple, les campagnes de santé publique lancées à l'échelle mondiale peuvent aider à réduire les liens de risque étroits qui existent entre la fessée et l'abus physique des jeunes enfants.⁴¹ De plus, il est vital de continuer à appuyer les ressources parentales en ligne à accès ouvert disponibles pendant les crises de santé publique comme la

pandémie, tout comme le soutien à sa traduction dans plusieurs langues.⁴⁴ Aux États-Unis, une étude s'appuyant sur les expériences des jeunes (âgés de 10 à 18 ans) durant la période de mai à juin 2020 de la pandémie a révélé qu'ils avaient signalé des préoccupations concernant la santé mentale, la violence à domicile et les conflits concernant les questions scolaires à la ligne d'assistance nationale sur la violence envers les enfants par le biais de messages texte et de discussions en ligne.²⁴ Les conseillers ont fourni de l'aide en ligne sur les compétences d'adaptation à mettre en place en réponse. Assurer aux jeunes l'accès à des solutions de messages textes et de déclarations en ligne est donc une ressource prometteuse et souvent accessible en privé, mais environ 20 % des jeunes de cette étude n'avaient pas accès à des solutions en ligne ou par message texte.⁴⁵ Enfin, en Angleterre, par le biais du Programme enfants en santé, toutes les familles ayant de jeunes enfants (âgés de 0 à 5 ans) et les femmes enceintes ont accès à des visiteurs de la santé qui gèrent cette ressource préventive. Au cours de la pandémie, ces services ont été réduits et ont produit des visiteurs de la santé de qualité variable. Ce programme est très prometteur pour venir en aide aux familles qui ne peuvent avoir accès aux autres services. Parfois, les ressources numériques ont été utilisées à la place des visites à domicile, mais des recherches restent encore à faire sur leur efficacité et sur la meilleure façon de soutenir les familles ne disposant pas de technologie appropriée.⁴³ Ces études soulignent la nécessité d'examiner l'efficacité de la prestation de services de sensibilisation pour prévenir et intervenir dans la vie des enfants exposés à la violence par le biais de textes et de ressources en ligne, comme il a été promis dans le contexte de confinement, mais potentiellement même au-delà.

Il pourrait être particulièrement utile d'offrir du support aux adultes exposés à la violence qui sont responsables d'enfants d'âge préscolaire.³² Les ressources de support peuvent réduire la détresse de ces adultes, ce qui peut en retour amoindrir les problèmes de comportement de leurs enfants. Deuxièmement, les initiatives pour supporter le fonctionnement des familles peuvent réduire la perpétuation de la violence par les jeunes plus âgés.³⁶ Le rôle des ressources protectrices, présentes dans différents contextes, qui atténuent les effets de l'exposition à la violence sur le développement des enfants devrait être évalué sur une vaste gamme d'aspects du développement, dont le niveau d'instruction atteint. On a découvert, dans des études menées au Canada et en Gambie, que certains facteurs scolaires constituent des ressources protectrices chez les jeunes plus âgés.^{38,40} Le rôle des facteurs scolaires devrait être investigué davantage auprès des enfants plus jeunes. Les initiatives pour favoriser les ressources protectrices communautaires et scolaires sont prometteuses puisqu'elles peuvent améliorer le sort d'un large éventail

d'enfants. Les résultats de recherche suggèrent qu'il est souhaitable d'implanter des ressources dans plusieurs contextes sociaux pour réduire l'impact de l'exposition à la violence sur les enfants.²⁸

Remerciements : Nous apprécions beaucoup le soutien pour notre travail du Chancellor EDGES Fellowship (Foster) et de la Marx Family Foundation (Brooks-Gunn).

Références

1. Hillis S, Mercy J, Amobi A, Kress H. Global prevalence of past-year violence against children: a systematic review and minimum estimates. *Pediatrics*. 2016;137(3):e20154079
2. Global Status Report on Preventing Violence Against Children. Geneva: World Health Organization; 2020. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
3. Pinheiro PS. World report on violence against children. United Nations Secretary-General's Study on Violence Against Children. Geneva, Switzerland, 2006.
4. Moody G, Cannings-John R, Hood K, Kemp A, Robling M. Establishing the international prevalence of self-reported child maltreatment: a systematic review by maltreatment type and gender. *BMC Public Health*. 2018;18(1):1164.
5. McCart MR, Smith DW, Saunders BE, Kilpatrick DG, Resnick H, Ruggiero KJ. Do urban adolescents become desensitized to community violence? Data from a national survey. *American Journal of Orthopsychiatry*. 2007;77(3):434-442.
6. Finkelhor D, Turner H, Ormrod R, Hamby SL. Trends in childhood violence and abuse exposure: evidence from 2 national surveys. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*. 2010;164(3):238-242.
7. Turner HA, Shattuck A, Finkelhor D, Hamby S. Polyvictimization and youth violence exposure across contexts. *Journal of Adolescent Health*. 2016;58(2):208-214.

8. de Oliveira SMT, Galdeano EA, da Trindade EMGG, Fernandez RS, Buchaim RL, Buchaim DV, da Cunha MR, Passos SD. Epidemiological study of violence against children and its increase during the covid-19 pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021;18(19):10061.
9. Loiseau M, Cottenet J, Bechraoui-Quantin S, Gilard-Pioc S, Mikaeloff Y, Jollant F, François-Pursell I, Jud A, Quantin C. Physical abuse of young children during the COVID-19 pandemic: alarming increase in the relative frequency of hospitalizations during the lockdown period. *Child Abuse & Neglect*. 2021;122:105299.
10. Buka SL, Stichick TL, Birdthistle I, Earls F. Youth exposure to violence: prevalence, risks, and consequences. *American Journal of Orthopsychiatry*. 2001;71(3):298-310.
11. MacMillan R. Violence and the life course: the consequences of victimization for personal and social development. *Annual Review of Sociology*. 2001;27:1-22.
12. Margolin G, Gordis EB. The effects of family and community violence on children. *Annual Review of Psychology*. 2000;51:445-479.
13. Foster H, Brooks-Gunn J. Toward a stress process model of children's exposure to physical family and community violence. *Clinical Child and Family Psychology Review*. 2009;12(2):71-94.
14. Sternthal MJ, Jun H-J, Earls F, Wright RJ. Community violence and urban childhood asthma: a multilevel analysis. *European Respiratory Journal*. 2010;36(6):1400-1409.
15. Wright RJ, Mitchell H, Visness CM, Cohen S, Stout J, Evans R, Gold DR. Community violence and asthma morbidity: The inner-city Asthma study. *American Journal of Public Health*. 2004;94(4):625-632.
16. Berz JB, Carter AS, Wagmiller RL, Horwitz SM, Murdock KK, Briggs-Gowan M. Prevalence and correlates of early onset asthma and wheezing in a healthy birth cohort of 2-3-year-olds. *Journal of Pediatric Psychology*. 2007;32(2):154-166.

17. Fowler PJ, Tompsett CJ, Braciszewski JM, Jacques-Tiura AJ, Baltes BB. Community violence: a meta-analysis on the effect of exposure and mental health outcomes of children and adolescents. *Development and Psychopathology*. 2009; 21(1):227-259.
18. Boney-McCoy S, Finkelhor D. Psychosocial sequelae of violent victimization in a national youth sample. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1995;63(5):726-736.
19. Malinosky-Rummell R, Hansen DJ. Long-term consequences of childhood physical abuse. *Psychological Bulletin*. 1993;114(1):68-79.
20. Turner HA, Finkelhor D, Ormrod R. The effect of lifetime victimization on the mental health of children and adolescents. *Social Science Medicine*. 2006;62(1):13-27.
21. 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.
22. Finkelhor D, Ormrod R, Turner HA. Polyvictimization and trauma in a national longitudinal cohort. *Development and Psychopathology*. 2007;19(1):149-166.
23. Holt MK, Finkelhor D, Kaufman-Kantor G. Multiple victimization experiences of urban elementary school students: Associations with psychosocial functioning and academic performance. *Child Abuse and Neglect*. 2007;31(5):503-515.
24. Anderson KN Swedo EA, Trinh E, Ray CM, Krause KH, Verlenden JV, Clayton HB, Villaveces A, Massetti GM, Holditch Niolon P. Adverse Childhood Experiences During the COVID-19 Pandemic and Associations with Poor Mental Health and Suicidal Behaviors Among High School Students - Adolescent Behaviors and Experiences Survey, United States, January-June 2021. *MMWR Morbidity and Mortality Weekly Report*. 2022;71(41):1301-1305.
25. Dion J, Hamel C, Clermont C, Blackburn M-E, Hébert M, Paquette L, Lalande D, Bergeron S. Changes in Canadian adolescent well-being since the COVID-19 pandemic: the role of prior child maltreatment. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022;19(16):10172.

26. Mandikian Awasthi Y, Dambudzo II. COVID-19 and its effects on refugee, asylum seeker and migrant children aged 12-17 years at Tongogara refugee camp in Zimbabwe. *PanAfrican Journal of Governance and Development*. 2021;2(2):170-205.
27. Molnar BE, Buka SL, Brennan RT, Holton JK, Earls F. A multilevel study of neighborhoods and parent-to-child physical aggression: results from the Project for Human Development in Chicago Neighborhoods. *Child Maltreatment*. 2003;8(2):84-97.
28. Herrenkohl TI, Sousa C, Tajima EA, Herrenkohl RC, Moylan CA. Intersection of child abuse and children's exposure to domestic violence. *Trauma Violence Abuse*. 2008;9(2):84-99.
29. Selner-O'Hagan MB, Kindlon DJ, Buka SL, Raudenbush SW, Earls FJ. Assessing exposure to violence in urban youth. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*. 1998;39(2):215-224.
30. Springer C, Padgett D. Gender differences in young adolescents' exposure to violence and rates of PTSD symptomatology. *American Journal of Orthopsychiatry*. 2000;70(3):370-379.
31. Hanson RF, Self-Brown S, Fricker-Elhai AE, Kilpatrick DG, Saunders BE, Resnick HS. The relationship between family environment and violence exposure among youth: findings from the national survey of adolescents. *Child Maltreatment*. 2006;11(1):3-15.
32. Linares LO, Heeran T, Bronfman E, Zuckerman B, Augustyn M, Tronick E. A meditational model for the impact of exposure to community violence on early child behavior problems. *Child Development*. 2001;72(2):639-652.
33. Farver JM, Natera LX, Frosch DL. Effects of community violence on inner-city preschoolers and their families. *Journal of Applied Developmental Psychology*. 1999;20(1):143-158.
34. Farver JM, Xu Y, Eppe S, Fernandez A, Schwartz D. Community violence, family conflict, and preschoolers' socio-emotional functioning. *Developmental Psychology*. 2005;41(1):160-170.

35. Proctor LJ. Children growing up in a violent community: the role of the family. *Aggression and Violent Behavior*. 2006;11(6):558-576.
36. Gorman-Smith D, Henry DB, Tolan PH. Exposure to community violence and violence perpetration: the protective effects of family functioning. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*. 2004;33(3):439-449.
37. Crooks CV, Scott KL, Wolfe DA, Chiodo D, Killip S. Understanding the link between childhood maltreatment and violent delinquency: what do schools have to add? *Child Maltreatment*. 2007;12(3):269-280.
38. Crooks CV, Scott K, Ellis W, Wolfe DA. Impact of a universal school-based violence prevention program on violent delinquency: distinctive benefits for youth with maltreatment histories. *Child Abuse & Neglect*. 2011;35(6):393-400.
39. O'Donnell DA, Roberts WC, Schwab-Stone ME. Community violence exposure and post-traumatic stress reactions among Gambian youth: the moderating role of positive school climate. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2011;46(1):59-67.
40. Zahradnik M, Stewart SH, O'Connor RM, Stevens D, Ungar M, Wekerle C. Resilience moderates the relationship between exposure to violence and posttraumatic stress reexperiencing in Mi'kmaq youth. *International Journal of Mental Health and Addiction*. 2010;8(2):408-420.
41. Ma J, Grogan-Kaylor AC, Pace GT, Ward K, Lee SJ. The association between spanking and physical abuse of young children in 56 low- and middle-income countries. *Child Abuse & Neglect*. 2022;129:105662.
42. Fares-Otero NE, Trautmann S. Addressing the interactive effects of maltreatment and COVID-19 related stressors on the neuropsychological functioning in children. *Frontiers in Psychology*. 2021;12:764768.

43. Foster H, Hagan J, Brooks-Gunn J. Growing up fast: stress exposure and subjective 'weathering' in emerging adulthood. *Journal of Health and Social Behavior*. 2008;49(2):162-177.
44. Cluver L, Lachman JM, Sherr L, Wessels I, Krug E, Rakotomalala S, Blight S, Hillis S, Bachman G, Green O, Butchart A, Tomlinson M, Ward CL, Doubt J, McDonald K. Parenting in a time of COVID-19. *Lancet*. 2020;395(10231):e64.
45. Sinko L, He Y, Kishton R, Ortiz R, Jacobs L, Fingerman M. "The stay-at-home order is causing things to get heated up": Family conflict dynamics during COVID-19 from the perspectives of youth calling a national child abuse hotline. *Journal of Family Violence*. 2022;37(5):837-846.
46. Morton A, Adams C. Health visiting in England: The impact of the COVID-19 pandemic. *Public Health Nursing*. 2022;39(4):820-830.
47. Hein TC, Goetschius LG, McLloyd VC, Brooks-Gunn J, McLanahan SS, Mitchell C, Lopez-Duran NL, Hyde LW, Monk CS. Childhood violence exposure and social deprivation are linked to adolescent threat and reward neural activation. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*. 2020;15(11):1252-1259.
48. Goetschius LG, Hein TC, Mitchell C, Lopez-Duran NL, McLloyd VC, Brooks-Gunn J, McLanahan SS, Hyde LW, Monk CS. Childhood violence exposure and social deprivation predict adolescent amygdala-orbitofrontal cortex white matter connectivity. *Developmental Cognitive Neuroscience*. 2020;45:100849.

Note :

^a À ce jour, la recherche tend à se concentrer sur l'un des trois groupes d'âge, soit les tout-petits/enfants d'âge préscolaire, les enfants, et les adolescents, et peu d'études examinent l'exposition à la violence au cours des trois périodes de développement. Dans cet article, nous essayons de préciser à quel groupe d'âge la recherche citée fait référence.