ENCYCLOPÉDIE
sur le développement
des jeunes enfants



Maltraitance des enfants

Mise à jour : Avril 2021
Éditeur au développement du thème :
Harriet MacMillan, M.D., McMaster University, Canada

©2019-2026 ABILIO | MALTRAITANCE DES ENFANTS

Table des matières

Synthèse 5

La violence physique à l’égard des enfants : un tour d’horizon 10
BARBARA H. CHAIYACHATI, M.D., PH.D., CINDY W. CHRISTIAN, M.D., MAI 2019

La négligence à l’égard des enfants : un tour d’horizon 18
HOWARD DUBOWITZ, M.D., M.S., GINA POOLE, PH.D., AOÛT 2019

L’agression sexuelle d’enfants : un tour d’horizon 25
[1]DELPHINE COLLIN-VÉZINA, PH.D., [2]LISE MILNE, PH.D., MAI 2019

La violence psychologique : un tour d'horizon 32
CHRISTINE WEKERLE, PHD, SAVANAH SMITH, BA, AOÛT 2019

Prévention de la maltraitance des enfants et des séquelles connexes 43
JANE BARLOW, D.PHIL; FFPH (HON), JANVIER 2020

Maltraitance envers les enfants et impacts sur le développement psychosocial : Épidémiologie 51
NICO TROCMÉ, PH.D., MAI 2020

Prévenir et lutter contre l’exposition des enfants à la violence conjugale 56
EMMA HOWARTH, PH.D., AVRIL 2021

Reconnaître la maltraitance des enfants et y faire face : un tour d’horizon 66
JILL MCTAVISH, PH.D., HARRIET MACMILLAN, CM, M.D., M.SC., FRCPC, AVRIL 2021

©2019-2026 ABILIO | MALTRAITANCE DES ENFANTS

Thème financé par



Synthèse

Est-ce important?

La maltraitance des enfants est un problème majeur de santé publique, qui touche au moins un enfant sur trois de moins de 16 ans au Canada.

L'augmentation récente des taux rapportés de négligence et d'exposition à la violence conjugale a été attribuée à un élargissement des définitions de la maltraitance des enfants ainsi qu'à l'amélioration de la capacité des professionnels à détecter la maltraitance. En revanche, les taux rapportés d'agression sexuelle d'enfants (ASE) ont décliné, pour des raisons inconnues; ce déclin pourrait refléter une réduction réelle des agressions sexuelles, peut-être due au succès des programmes de prévention, mais il pourrait aussi être attribué à la réticence croissante des victimes à rapporter l'abus ou à des critères d'identification de l'ASE plus restrictifs. En fait, les auteurs d'une méta-analyse qui visait à mesurer la prévalence de l'ASE partout dans le monde ont estimé que presque 13 % des adultes rapportent avoir été victimes d'ASE, un taux plus de 30 fois plus élevé que celui qui est officiellement divulgué.

La maltraitance des enfants sous toutes ses formes cause des préjudices durables à la santé et au développement des enfants et, au Canada, les coûts économiques à vie de l'ASE ont été estimés à eux seuls à 9,3 milliards de dollars pour repérer la présence d'abus, intervenir et traiter leurs effets néfastes.

Que savons-nous?

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

La violence physique

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

L'agression sexuelle d'enfants (ASE)

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

Négligence

Contrairement à la violence, la négligence est typiquement commise involontairement et résulte souvent de problèmes qui entravent la capacité du parent à satisfaire les besoins de l'enfant. Cependant, les conséquences négatives de la négligence peuvent être aussi néfastes que celles de la violence, particulièrement lorsque la négligence est sévère, chronique et qu'elle survient tôt dans la vie. Les enfants négligés risquent de développer des problèmes de santé physique et mentale. Chez les enfants d'âge préscolaire et scolaire, le retrait social, les relations négatives

avec les pairs, les difficultés académiques et la dépression sont plus communs chez les enfants négligés que chez les enfants victimes de violence. Les adultes qui ont été négligés pendant leur enfance présentent un risque de s'engager dans des relations violentes similaire à celui des adultes qui ont été abusés physiquement pendant leur enfance.

La violence psychologique

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

Exposition à la violence conjugale (VC)

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

Que peut-on faire?

Prévention et intervention

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

1. La prévention avant l'occurrence, qui inclut des programmes universels et des programmes plus spécifiques. Les meilleurs résultats sont ceux du Nurse-Family Partnership

(Partenariat infirmière-famille), un programme intensif de visites à domicile offert par des infirmières aux femmes socialement défavorisées qui vivent une première grossesse. Un autre programme de visites à domicile – Early Start – et un programme de parentage – Triple P – sont prometteurs, mais plus d'évaluations seront nécessaires pour déterminer leur efficacité. Les programmes éducatifs offerts à l'hôpital pour prévenir les traumatismes crâniens causés par la violence ainsi que l'offre de soins pédiatriques plus soutenus pour les familles à risque de violence physique et de négligence sont également prometteurs, mais ils doivent aussi être étudiés davantage. Les programmes de sensibilisation en milieu scolaire semblent efficaces pour sensibiliser les enfants et améliorer leurs comportements protecteurs et peuvent augmenter la probabilité de divulgation.

2. La prévention de la récurrence présente beaucoup plus de défis. Un programme – Parent-Child Interaction Therapy – a permis de réduire la récurrence de la violence physique. Les programmes de sensibilisation offerts à domicile, tels que SafeCare, peuvent aussi légèrement réduire la récurrence de la maltraitance de l'enfant d'âge préscolaire.
3. Il a été démontré que les programmes de prévention des effets néfastes de la maltraitance, en particulier la thérapie cognitive comportementale (TCC) et la psychothérapie interpersonnelle qui visent à réduire les problèmes de santé mentale chez les enfants maltraités peuvent améliorer leur bien-être. La TCC axée sur les traumatismes des enfants victimes de violence sexuelle est efficace pour réduire les symptômes associés au trouble de stress post-traumatique ainsi que pour les problèmes d'extériorisation et d'intériorisation. L'instauration de programmes axés sur la résilience pourrait constituer une approche innovante de diminution de l'impact de la violence psychologique. Les interventions de groupe pour les mères et les enfants, la formation aux compétences parentales et le soutien pratique aux parents peuvent présenter certains avantages pour les enfants exposés à la violence conjugale.

Il peut être bénéfique pour les enfants qui risquent de faire l'objet de maltraitance de pratiquer des activités structurées et enrichissantes avec des adultes attentionnés et fiables en dehors du foyer familial, par exemple, à l'école ou dans le cadre de programmes préscolaires de qualité. Dans une faible minorité des cas sur lesquels ont enquêté les services de protection de l'enfance, il a été nécessaire de retirer l'enfant de son foyer pour éviter la maltraitance et répondre à des inquiétudes constantes concernant sa sécurité. Dans ces cas-là, placer l'enfant dans un foyer d'accueil peut lui permettre d'être en meilleure santé physique et mentale, et conduire à de

meilleurs résultats comportementaux, sociaux et scolaires.

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

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

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

Barbara H. Chaiyachati, M.D., Ph.D., Cindy W. Christian, M.D.

University of Pennsylvania, États-Unis

Mai 2019, Éd. rév.

Introduction

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

Il est difficile de quantifier le fardeau de la violence physique envers les enfants. En plus des difficultés posées par le manque d'uniformité dans les définitions, dans bien des pays, on ne recueille pas de données épidémiologiques. Dans les pays qui gardent un suivi de la maltraitance à l'égard des enfants, les rapports officiels ne reflètent pas la véritable prévalence.[6-8] La mesure de la violence physique est remplie de défis sur le plan méthodologique. L'incidence et la prévalence vont varier selon la méthode de surveillance utilisée pour définir et dépister le problème.[9] Nombre d'enfants maltraités ne sont pas portés à l'attention des organismes publics

et ne figurent par conséquent pas dans les statistiques officielles. Même quand les enfants violentés sont amenés chez des professionnels de la santé ou de la protection de l'enfance, il se peut que les personnes en place pour aider l'enfant ne reconnaissent pas ou ignorent la violence.[10,11] Selon l'analyse des meilleures données de recherches disponibles, on estime que la prévalence des cas de maltraitance signalés par la victime est de 226/1 000 enfants à l'échelle mondiale et d'approximativement 125/1 000 enfants aux États-Unis.[12,13] Selon les estimations, le risque à long terme de maltraitance avérée y est supérieur à 1 enfant sur 10.[14]

La violence à l'égard des enfants est provoquée par une interaction complexe entre la personne, la famille et les facteurs de risque sociaux. On croit généralement qu'un certain nombre de variables augmentent le risque de violence physique envers les enfants, notamment la pauvreté, la toxicomanie, la monoparentalité, la composition du ménage, le bas âge de la mère, la dépression parentale ou d'autres maladies mentales chez les parents, ainsi que la violence familiale.[15-20] Un facteur de risque peut avoir un impact indépendant sur la famille ou plusieurs facteurs de risque peuvent s'accumuler jusqu'à un seuil de risque accru de violence physique.[21] Il y a des données sur les facteurs de risque liés à des formes particulières de violence physique. Par exemple, le plus souvent, les traumatismes crâniens imputables à la violence sont causés par des hommes, et le taux de mortalité infantile attribuable à la violence est exceptionnellement élevé chez les jeunes enfants vivant dans un ménage où habite un adulte non apparenté.[22,23] Bien que l'association entre certains de ces facteurs de risque et la maltraitance des enfants soit claire, il faut que les facteurs de risque soient vus comme des indicateurs au sens large, et non pas des déterminants individuels solides de violence. Il est aussi important de comprendre l'épidémiologie de la violence envers les enfants afin d'élaborer des politiques gouvernementales ainsi que des stratégies d'intervention et de prévention. Malgré cela, un professionnel de la santé ne peut pas se fier aux facteurs de risque fondés sur la population pour déterminer si l'enfant sous ses yeux est victime de violence physique.

Répercussions de la violence physique envers les enfants

Les victimes de violence courent un risque élevé d'avoir une mauvaise santé, non seulement à cause des traumatismes physiques qui leur ont été infligés, mais aussi du taux élevé d'autres facteurs de risque sociaux afférents.[24] Les enfants violentés ont un taux élevé de problèmes de croissance, de troubles de vision et de santé buccodentaire non traités, de maladies infectieuses, de retards de développement, de troubles de santé mentale et de comportement, d'activité sexuelle précoce et à risque, et d'autres maladies chroniques, mais les réseaux de protection de

l'enfance et les systèmes de santé ne répondent traditionnellement pas aux besoins en matière de santé des enfants à charge.[25-30] Par comparaison aux enfants en milieu d'accueil, les enfants violentés qui demeurent dans leur foyer manifestent un même taux élevé de besoins liés à la santé physique, au développement et à la santé mentale.[31]

Les formes, les schémas et la gravité de la violence physique envers les enfants varient en fonction de l'âge. Bien que la violence physique soit plus courante chez les enfants plus âgés, les victimes les plus jeunes – les nourrissons et les tout-petits – ont le taux de mortalité associée à la violence physique le plus élevé.[32] Elles sont les plus vulnérables en raison de leur immaturité sur le plan physique et de leur relative invisibilité sur le plan social.[2] La morbidité causée par la violence physique est élevée chez les jeunes victimes, en raison des conséquences physiques des traumatismes ainsi que des répercussions physiques et psychologiques sur le développement du cerveau durant la petite enfance.

Les conséquences pour la santé publique de la violence physique envers les enfants sont considérables, et perdurent jusqu'à l'âge adulte. Des études rétrospectives et prospectives récentes ont montré de fortes associations entre des événements traumatiques cumulatifs durant l'enfance, tels que la maltraitance et le dysfonctionnement familial, et des maladies physiques à l'âge adulte, telles que la cardiopathie, les maladies du foie, les affections auto-immunes, les infections transmissibles sexuellement et la mortalité précoce.[33-37] La maladie mentale et la consommation de médicaments psychotropes sont aussi supérieures chez les adultes qui ont été violentés durant l'enfance.[38-40]

Les études scientifiques améliorent nos connaissances sur les voies biologiques causales de ces associations solides.[41] Les traumatismes durant la petite enfance, y compris la violence physique, mènent à la sécrétion d'hormones de stress, comme le cortisol et l'adrénaline, qui sont normalement protectrices, mais qui peuvent devenir toxiques en cas de traumatismes graves ou persistants.[42,43] Ces hormones de stress régulent les circuits neuronaux qui sont importants pour moduler la réaction au stress et qui, au fil du temps, sont associés à des changements structurels et fonctionnels du cerveau et d'autres organes. Influencés aussi par les épigénomes, ces changements sont liés à une dégradation de la capacité de l'enfant à régir à de futurs agents de stress biologique et environnemental. Ils augmentent également le risque de maladie physique et mentale à l'âge adulte.[44-45] Ces recherches font ressortir la nécessité d'élaborer et de mettre à l'essai des stratégies de prévention et d'intervention précoce pour les enfants qui ont été victimes de violence physique grave.

Reconnaissance de la violence physique

Les blessures causées par la violence ne sont pas toujours apparentes ni diagnostiquées, et il peut être difficile de déterminer un cas de violence physique à l'égard d'un enfant. L'histoire fournie par les parents ou un autre adulte responsable pourrait être inexacte, soit parce que l'adulte n'est pas au courant de ce qui s'est véritablement passé, soit parce qu'il est l'auteur de la violence et ne veut pas fournir un compte rendu juste des événements. La volonté de donner une vraie version peut se heurter à de nombreux obstacles potentiels, notamment les cas où l'adulte en charge de l'enfant est l'auteur des violences volontaires. Dans ce cas, il craint les conséquences associées à un accident vraisemblable ou redoute les conséquences du signalement de la violence perpétuée par un autre adulte sur sa propre sécurité. Les victimes d'un acte de violence physique grave sont souvent trop jeunes ou en trop mauvais état pour raconter leur agression. Si elles sont assez âgées, il se peut qu'elles aient peur de le faire. Les blessures chez des nourrissons qui ne marchent pas, celles qui sont inexpliquées par l'histoire rapportée, celles qui sont multiples ou qui présentent un schéma, et celles qui atteignent plusieurs organes devraient toujours soulever des doutes. Les blessures causées par la violence envers les enfants se remarquent le plus souvent sur la peau, mais les blessures les plus graves se situent au cerveau, à l'abdomen et aux organes internes.[46,47] Une seule blessure ne mène pas à un diagnostic de violence, mais certains schémas de traumatisme peuvent être grandement indicateurs de maltraitance. Il est toutefois important de reconnaître qu'il y a un diagnostic différentiel pour toute blessure possible. En conséquence, il faut une évaluation objective et exhaustive avant de diagnostiquer avec une assez grande certitude un cas de violence.[48,49]

Implications pour les politiques

La violence physique envers les enfants constitue un problème social omniprésent. Aux États-Unis, les agences de protection de l'enfance reçoivent annuellement plus de quatre millions de signalements de suspicion de maltraitance, dont approximativement les deux tiers font l'objet d'une enquête.[32,50] Tout au long de l'année, plus de 400 000 enfants américains résident en famille d'accueil.[51] Bien que les effets directs de la violence physique sur la santé des enfants soient documentés, que l'on sache que les traumatismes durant la petite enfance sont un prédicteur prépondérant de la morbidité adulte et de la mortalité précoce, et que les coûts du financement des systèmes sociaux et juridiques nécessaires pour faire enquête sur les cas de violence, pour protéger les enfants, pour tenir les auteurs responsables et pour traiter les familles affectées soient énormes, les ressources publiques disponibles peinent à aborder le

problème de manière satisfaisante.[52]

Depuis leur création, les services de protection de l'enfance sont structurés sous forme d'interventions menées à court terme et caractérisées par le suivi des familles pour déceler toute récidive, la sensibilisation ciblée des parents et une assistance dédiée à l'orientation vers les services communautaires. Bien que toutes d'importance sur le plan des résultats, les mesures déployées sont principalement axées sur la prévention des récidives de violence et moins sur la prévention des troubles familiaux ou des préjudices subis par l'enfant. Le traitement visant à améliorer les répercussions de la violence physique sur l'enfant a fait l'objet de peu d'études, toutefois quelques programmes tels Parent-Child Interaction Therapy (thérapie d'interaction parents-enfant) se sont avérés prometteurs dans la prévention des récidives en matière de violence physique envers les enfants.[53,54]

L'argument en faveur de la prévention, du repérage précoce et du traitement est éloquent, mais les enfants n'ont pas d'influence politique, et les solutions requièrent des programmes complets bénéficiant d'une véritable collaboration entre la protection à l'enfance, les autorités policières, les tribunaux, la santé et l'éducation. La quantité de données démontrant l'efficacité des programmes de prévention de la violence subie par les enfants est en croissance. Néanmoins, le nombre d'études conduites avec rigueur et démontrant un impact significatif est limité.[55-57] Des programmes prometteurs sont présentés dans l'article Prévention de la maltraitance des enfants de la professeure Jane Barlow.[58]

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

Références

1. Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*. 1998;14(4):245-258.

2. Butchart A, Phinney Harvey A, Mian M, Furniss T, Kahane T. *Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence*. Geneva: World Health Organization; 2006.

3. Southall DP, Samuels MP, Golden MH. Classification of child abuse by motive and degree rather than type of injury. *Archives of Disease in Childhood*. 2003;88(2):101-104.

4. Runyan DK, Shankar V, Hassan F, et al. International variations in harsh child discipline. *Pediatrics*. 2010;126(3):e701-711.

5. Maker AH, Shah PV, Agha Z. Child physical abuse: prevalence, characteristics, predictors, and beliefs about parent-child violence in South Asian, Middle Eastern, East Asian, and Latina women in the United States. *Journal of Interpersonal Violence*. 2005;20(11):1406-1428.

6. Theodore AD, Chang JJ, Runyan DK, Hunter WM, Bangdiwala SI, Agans R. Epidemiologic features of the physical and sexual maltreatment of children in the Carolinas. *Pediatrics*. 2005;115(3):e331-337.

7. Herman-Giddens ME, Brown G, Verbiest S, et al. Underascertainment of child abuse mortality in the United States. *JAMA*. 1999;282(5):463-467.

8. Schnitzer PG, Covington TM, Wirtz SJ, Verhoek-Oftedahl W, Palusci VJ. Public health surveillance of fatal child maltreatment: analysis of 3 state programs. *American Journal of Public Health*. 2008;98(2):296-303.

9. Keenan H, Leventhal J. The evolution of child abuse research. In: Reece RM, Christian C, eds. *Child abuse: medical diagnosis and management*. 3rd ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; 2009;1-18.

10. Gilbert R, Kemp A, Thoburn J, et al. Recognising and responding to child maltreatment. *Lancet*. 2009;373(9658):167-180.

11. Sege RD, Flaherty EG. Forty years later: inconsistencies in reporting of child abuse. *Archives of disease in childhood*. 2008;93(10):822-824.

12. Stoltenborgh M, Bakermans-Kranenburg MJ, van Ijzendoorn MH, Alink LR. Cultural-geographical differences in the occurrence of child physical abuse? A meta-analysis of global prevalence. *International Journal of Psychology*. 2013;48(2):81-94.

13. Finkelhor D, Ormrod R, Turner H, Hamby SL. The victimization of children and youth: a comprehensive, national survey. *Child Maltreatment*. 2005;10(1):5-25.

14. Wildeman C, Emanuel N, Leventhal JM, Putnam-Hornstein E, Waldfogel J, Lee H. The prevalence of confirmed maltreatment among US children, 2004 to 2011. *JAMA Pediatrics*. 2014;168(8):706-713.

15. Sedlak AJ, Mettenburg J, Basena M, Peta I, McPherson K, Greene A. *Fourth national incidence study of child abuse and neglect (NIS-4)*. Washington, DC: US Department of Health and Human Services Retrieved on July. 2010;9:2010.

16. Chaffin M, Kelleher K, Hollenberg J. Onset of physical abuse and neglect: Psychiatric, substance abuse, and social risk factors from prospective community data. *Child Abuse & Neglect*. 1996;20(3):191-203.

17. Brown J, Cohen P, Johnson JG, Salzinger S. A longitudinal analysis of risk factors for child maltreatment: Findings of a 17-year prospective study of officially recorded and self-reported child abuse and neglect. *Child Abuse & Neglect*. 1998;22(11):1065-1078.

18. Walsh C, MacMillan HL, Jamieson E. The relationship between parental substance abuse and child maltreatment: findings from the Ontario Health Supplement. *Child Abuse & Neglect*. 2003;27(12):1409-1425.

19. McGuigan WM, Pratt CC. The predictive impact of domestic violence on three types of child maltreatment. *Child Abuse & Neglect*. 2001;25(7):869-883.

20. Rumm PD, Cummings P, Krauss MR, Bell MA, Rivara FP. Identified spouse abuse as a risk factor for child abuse1. *Child Abuse & Neglect*. 2000;24(11):1375-1381.

21. Yang MY, Maguire-Jack K. Individual and Cumulative Risks for Child Abuse and Neglect. Family Relations. 2018;67(2):287-301.

22. Starling SP, Holden JR, Jenny C. Abusive head trauma: the relationship of perpetrators to their victims. *Pediatrics*. 1995;95(2):259-262.

23. Schnitzer PG, Ewigman BG. Child deaths resulting from inflicted injuries: household risk factors and perpetrator characteristics. *Pediatrics*. 2005;116(5):e687-e693.

24. Oh DL, Jerman P, Silverio Marques S, et al. Systematic review of pediatric health outcomes associated with childhood adversity. *BMC Pediatrics*. 2018;18(1):83.

25. Deutsch SA, Fortin K. Physical Health Problems and Barriers to Optimal Health Care Among Children in Foster Care. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*. 2015;45(10):286-291.

26. Simms MD, Dubowitz H, Szilagyi MA. Health care needs of children in the foster care system. *Pediatrics*. 2000;106(Supplement 3):909-918.

27. Jee SH, Barth RP, Szilagyi MA, Szilagyi PG, Aida M, Davis MM. Factors associated with chronic conditions among children in foster care. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*. 2006;17(2):328-341.

28. Ahrens KR, Richardson LP, Courtney ME, McCarty C, Simoni J, Katon W. Laboratory-diagnosed sexually transmitted infections in former foster youth compared with peers. *Pediatrics*. 2010;126(1):e97-e103.

29. Clausen JM, Landsverk J, Ganger W, Chadwick D, Litrownik A. Mental health problems of children in foster care. *Journal of Child and Family Studies*. 1998;7(3):283-296.

30. Oswald SH, Heil K, Goldbeck L. History of maltreatment and mental health problems in foster children: A review of the literature. *Journal of Pediatric Psychology*. 2009;35(5):462-472.

31. Leslie LK, Gordon JN, Meneken L, Premji K, Michelmore KL, Ganger W. The physical, developmental, and mental health needs of young children in child welfare by initial placement type. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*. 2005;26(3):177-185.

32. U.S. Department of Health & Human Services, Administration for Children and Families, Administration on Children, Youth and Families, Children's Bureau. *Child Maltreatment 2015*. 2017. https://www.acf.hhs.gov/cb/research-data-technology/statistics-research/child-maltreatment. Accessed May 17, 2019.

33. Norman RE, Byambaa M, De R, Butchart A, Scott J, Vos T. The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis. *PLoS medicine*. 2012;9(11):e1001349.

34. Chen E, Turiano NA, Mroczek DK, Miller GE. Association of reports of childhood abuse and all-cause mortality rates in women. *JAMA Psychiatry*. 2016;73(9):920-927.

35. Dong M, Giles WH, Felitti VJ, et al. Insights into causal pathways for ischemic heart disease: adverse childhood experiences study. *Circulation*. 2004;110(13):1761-1766.

36. Dube SR, Fairweather D, Pearson WS, Felitti VJ, Anda RF, Croft JB. Cumulative childhood stress and autoimmune diseases in adults. *Psychosomatic Medicine*. 2009;71(2):243-250.

37. Dong M, Dube SR, Felitti VJ, Giles WH, Anda RF. Adverse childhood experiences and self-reported liver disease: new insights into the causal pathway. *Archives of Internal Medicine*. 2003;163(16):1949-1956.

38. Lindert J, von Ehrenstein OS, Grashow R, Gal G, Braehler E, Weisskopf MG. Sexual and physical abuse in childhood is associated with depression and anxiety over the life course: systematic review and meta-analysis. *International Journal of Public Health*. 2014;59(2):359-372.

39. Edwards V, Holden G, Anda R, Felitti V. Experiencing multiple forms of childhood maltreatment and adult mental health: results from the adverse childhood experiences (ACE) study. *American Journal of Psychiatry*. 2003;160(8):1453-1460.

40. Anda RF, Brown DW, Felitti VJ, Bremner JD, Dube SR, Giles WH. Adverse childhood experiences and prescribed psychotropic medications in adults. *American Journal of Preventive Medicine*. 2007;32(5):389-394.

41. Shonkoff JP, Garner AS, Siegel BS, et al. The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. *Pediatrics*. 2012;129(1):e232-e246.

42. McEwen BS. Protective and damaging effects of stress mediators. *New England Journal of Medicine*. 1998;338(3):171-179.

43. McEwen BS. The neurobiology of stress: from serendipity to clinical relevance1. *Brain Research*. 2000;886(1-2):172-189.

44. Nemeroff CB. Paradise lost: the neurobiological and clinical consequences of child abuse and neglect. *Neuron*. 2016;89(5):892-909.

45. Gunnar MR, Fisher PA. Bringing basic research on early experience and stress neurobiology to bear on preventive interventions for neglected and maltreated children. *Development and Psychopathology*. 2006;18(3):651-677.

46. Reece RM, Christian C, eds. *Child Abuse Medical Diagnosis and Management*, 3rd Ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; 2009.

47. Jenny C. *Child abuse and neglect: Diagnosis, treatment and evidence* [e-book]. Philadelphia: Elsevier Health Sciences; 2010.

48. Christian CW, States LJ. Medical mimics of child abuse. *American Journal of Roentgenology*. 2017;208(5):982-990.

49. Metz JB, Schwartz KA, Feldman KW, Lindberg DM. Non-cutaneous conditions clinicians might mistake for abuse. *Archives of Disease in Childhood*. 2014;99(9):817-823.

50. Tumlin KC, Geen R. The decision to investigate: Understanding state child welfare screening policies and practices. New Federalism: Issues and Options for States. Series A, No. A-38. Assessing the new federalism: An urban institute program to assess changing social policies. 2000.

51. Child Welfare Information Gateway. Foster care statistics 2017. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, Children's Bureau. 2019.

52. Fang X, Brown DS, Florence CS, Mercy JA. The economic burden of child maltreatment in the United States and implications for prevention. *Child Abuse & Neglect*. 2012;36(2):156-165.

53. Barlow J, Johnston I, Kendrick D, Polnay L, Stewart-Brown S. Individual and group-based parenting programmes for the treatment of physical child abuse and neglect. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2006;3CD005463.

54. Chaffin M, Silovsky JF, Funderburk B, et al. Parent-child interaction therapy with physically abusive parents: efficacy for reducing future abuse reports. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2004;72(3):500-510.

55. Fergusson DM, Grant H, Horwood LJ, Ridder EM. Randomized trial of the Early Start program of home visitation. *Pediatrics*. 2005;116(6):e803-e809.

56. MacMillan HL, Wathen CN, Barlow J, Fergusson DM, Leventhal JM, Taussig HN. Interventions to prevent child maltreatment and associated impairment. *Lancet*. 2009;373(9659):250-266.

57. Viswanathan M, Fraser JG, Pan H, et al. Primary care interventions to prevent child maltreatment: updated evidence report and systematic review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA*. 2018;320(20):2129-2140.

58. Barlow J. Prevention of Child Maltreatment and Associated Impairment. In: Tremblay RE, Boivin M, Peters RDeV, eds. MacMillan HL, topic ed. *Encyclopedia on Early Childhood Development* [online]. http://www.child-encyclopedia.com/maltreatment-child/according-experts/prevention-child-maltreatment-and-associated-impairment. Published February 2012. Accessed April 16, 2019.

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

Howard Dubowitz, M.D., M.S., Gina Poole, Ph.D.

University of Maryland, School of Medicine, États-Unis

Août 2019, Éd. rév.

Introduction

La négligence est de loin la forme de maltraitance des enfants la plus courante signalée au système de protection de l’enfance aux États-Unis; 75 % des signalements en 2017 étaient des cas de négligence.[1] Les répercussions à court et à long termes associées à la négligence sont souvent graves et comprennent des décès, des changements psychologiques dans le cerveau, des troubles scolaires, des comportements criminels et des troubles de santé mentale. En 2017, près de 75 % des décès attribués à la maltraitance d’enfants impliquaient de la négligence.[1] Par surcroît, la négligence envers les enfants impose un énorme fardeau économique à la société. Une estimation modeste des coûts associés à la maltraitance d’enfants excédait les 100 milliards de dollars par an, dont une bonne partie était attribuable à la négligence.[2]

Sujet

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

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

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

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

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

Problème : les effets de la négligence sur les enfants

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

est négligé en bas âge pourrait avoir des déficiences et ainsi éprouver des difficultés aux tâches développementales subséquentes.[7]

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

Souvent, les enfants négligés ont aussi de la difficulté sur le plan social. À l'âge préscolaire et durant la phase intermédiaire de l'enfance, les enfants négligés sont plus susceptibles d'être surs sur le plan social et d'avoir des interactions négatives avec leurs pairs.[9,12] De plus, les enfants négligés peuvent éprouver d'importants problèmes d'intériorisation, tels que le retrait social, les plaintes somatiques, l'angoisse et la dépression, si on les compare à des enfants victimes d'agression physique et sexuelle.[8] De manière analogue aux adultes ayant vécu des sévices, les adultes ayant connu la négligence sont plus susceptibles d'adopter un comportement violent.[13]

Facteurs contribuant à la négligence à l'égard des enfants

De multiples facteurs interdépendants contribuent à la négligence envers les enfants. Le modèle écologique du développement de Belsky[14] met en lumière trois contextes où sévit la maltraitance : (1) le contexte lié au développement et aux traits psychologiques, qui comprend les caractéristiques des parents et de l'enfant, les antécédents du développement des parents et la transmission de la maltraitance d'une génération à l'autre; (2) le contexte des interactions immédiates, qui comprend le comportement des parents et les tendances des interactions entre les parents et l'enfant; et (3) le contexte pris au sens large, qui comprend le soutien de la collectivité et de la société, le statut socio-économique, le voisinage, les normes sociales et les influences culturelles. Il est important de retenir que ces facteurs entrent souvent en interaction et qu'il n'y a pas qu'une seule voie menant à la négligence envers les enfants.

Repérage de la négligence

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

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

Prévention et intervention

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

Pour les familles où il y a déjà eu négligence, les interventions visent à en prévenir la récurrence ainsi que les conséquences néfastes qui peuvent en découler. Le modèle SafeCare constitue un exemple de programme d'intervention qui peut réduire la récidive.[22] L'intervention spécifique doit être adaptée en fonction des besoins et des forces de chaque enfant et famille. Les

circonstances varient grandement, mais certains principes de base reviennent : (1) examiner les facteurs qui contribuent au problème; (2) forger une alliance d'aide avec la famille; (3) fixer des objectifs clairs et des stratégies pour atteindre ces objectifs; (4) suivre attentivement la situation et modifier le plan au besoin; (5) répondre aux besoins particuliers des enfants négligés et des autres enfants du foyer; et (6) veiller à ce que les interventions soient coordonnées en collaboration efficace avec les professionnels concernés.

Défense des intérêts

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

Implications pour les politiques

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

Références

1. Children's Bureau USD of H and HS. Child Maltreatment 2009. 2010. Available at: https://www.acf.hhs.gov/cb/resource/child-maltreatment-2017. Accessed July 22, 2019.

2. Wang C-T, Holton J. Total *estimated cost of child abuse and neglect in the United States*. Chicago, Il: Prevent Child Abuse America; 2007.

3. Dubowitz H, Newton RR, Litrownik AJ, Lewis T, Briggs EC, Thompson R, English D, Lee LC, Feerick MM. Examination of a conceptual model of child neglect. *Child Maltreatment*. 2005;10(2):173-189.

4. Gaudin JM, Polansky NA, Kilpatrick AC, Shilton P. Loneliness, depression, stress, and social supports in neglectful families. *American Journal of Orthopsychiatry*. 1993;63(4):597-605.

5. Dubowitz H, Klockner A, Starr RH, Black MM. Community and professional definitions of child neglect. *Child Maltreatment*. 1998;3(3):235-243.

6. Korbin JE, Spilsbury JC. Cultural Competence and Child Neglect. In: Dubowitz H, ed. *Neglected Children: Research, Practice and Policy*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 1999:69-88.

7. Manly JT, Kim JE, Rogosch FA, Cicchetti D. Dimensions of child maltreatment and children's adjustment: *Contributions of developmental timing and subtype*. 2001;13(4):759-782.

8. Teicher MH, Dumont NL, Ito Y, Vaituzis C, Giedd JN, Andersen SL. Childhood neglect is associated with reduced corpus callosum area. *Biological Psychiatry* 2004;56(2):80-85.

9. Erickson MF, Egeland B. Child neglect. In: Briere J, Berliner L, Bulkley JA, Jenny C, Reid T, eds. *The APSAC handbook on child maltreatment*. Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications; 1996:4-20.

10. Eckenrode J, Laird M, Doris J. School performance and disciplinary problems among abused and neglected children. *Child Abuse & Neglect* 1993;29(1):53-62.

11. Perez CM, Widom CS. Childhood victimization and long-term intellectual and academic outcomes. *Child Abuse & Neglect* 1994;18(8):617-633.

12. Erickson MF, Egeland B, Pianta R. The effects of maltreatment on the development of young children. In: Cicchetti D, Carlson V, eds. *Child maltreatment: Theory and research on the causes and consequences of child abuse and neglect*. : New York: Cambridge University Press; 1989:647-684.

13. Maxfield MG, Widom CS. The cycle of violence. Revisited 6 years later. *Archives of pediatrics & adolescent medicine* 1996;150(4):390-5

14. Belsky J. Etiology of child maltreatment: a developmental-ecological analysis. *Psychological Bulletin* 1993;114(3):413-434.

15. DePanfilis D. How do I determine if a child is neglected? In: Dubowitz H, DePanfilis D, eds. *Handbook for Child Protection Practice*. New York: Sage Publications; 2000:121-126.

16. Terao SY, Borrego JJ, Urquiza AJ. How do I differentiate culturally based parenting practices from child maltreatment? In: Dubowitz H, DePanfilis D, eds. *Handbook for Child Protection Practice*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 2000:97-100.

17. Olds DL, Henderson CR, Kitzman H. Does prenatal and infant nurse home visitation have enduring effects on qualities of parental caregiving and child health at 25 to 50 months of life? *Pediatrics*. 1994;93:89-98.

18. Olds D. The prenatal early infancy project: Preventing child abuse and neglect in the context of promoting maternal and child health. In: Wolfe DA, McMahon RJ, Peters RDeV, eds. *Child abuse: New directions in prevention and treatment across the lifespan*. Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications; 1997:130-154.

19. Eckenrode J, Campa MI, Morris PA, Henderson CR Jr, Bolger KE, Kitzman H, Olds DL. The prevention of child maltreatment through the nurse Family Partnership Program: Mediating effects in a long-term follow-up study. *Child Maltreatment*. 2017;22(2):92-99.

20. Prinz RJ, Sanders MR, Shapiro CJ, Whitaker DJ, Lutzker JR. Population-based prevention of child maltreatment: the U.S. Triple p system population trial. *Prevention Science: the official journal of the Society for Prevention Research*. 2009;10(1):1-12.

21. Dubowitz H. The Safe Environment for Every Kid (SEEK) Model. Promoting children's health, development and safety. *Child Abuse and Neglect*. 2014;38:1725-1733.

22. Chaffin M, Hecht D, Bard D, Silovsky JF, Beasley WH. A statewide trial of the SafeCare home-based services model with parents in child protective services. *Pediatrics*. 2012;129(3):509-515.

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

[1]**Delphine Collin-Vézina, Ph.D.,** [2]**Lise Milne, Ph.D.**

[1]McGill University, Canada, [2]University of Regina, Canada

Mai 2019, Éd. rév.

Introduction

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

Sujet

On reconnaît maintenant que la définition d’une ASE englobe tant les cas d’abus avec contact que sans contact. L’ASE comprend tout acte de nature sexuelle perpétré contre une personne mineure moyennant l’utilisation de menaces, de force, d’intimidation ou de manipulation. L’éventail d’agressions sexuelles inclut les attouchements, l’invitation lancée à un enfant à toucher ou à se faire toucher sexuellement, les rapports sexuels, le viol, l’inceste, la sodomie, l’exhibitionnisme ou l’implication d’un enfant dans la prostitution ou la pornographie.[1] Il existe un consensus autour de l’idée que l’ASE est un phénomène complexe se produisant pour des motifs divers, sous des formes différentes et selon des relations variées au sein des familles, des groupes de pairs, des institutions et des communautés.[2] Deux problèmes importants, indissociables et non résolus sont, entre autres, le manque de modèle conceptuel de l’ASE et l’absence de définition commune ou de compréhension universelle de ce qui constitue l’ASE.

Portée du problème

La majorité des études insistent sur le fait que l’on ignore l’ampleur exacte du phénomène d’ASE.[1,3] Il est difficile d’établir l’ampleur des ASE vu les différences qui prévalent entre les méthodes de collecte de données,[4] et de la réticence de la plupart des enfants à divulguer les abus.[5]

Le signalement d'événements traumatiques comme l'ASE est un processus souvent très complexe et itératif se déroulant sur une longue période.[6] Il est fréquent que les victimes d'ASE retardent son signalement ou ne le dévoilent jamais.[5] Par exemple, dans la synthèse de Finkelhor,[7] pour toutes les études prises en compte, seule la moitié environ des réchappés ont confié à quelqu'un avoir subi un abus. Dans une autre étude, la grande majorité des réchappés (93 %) n'a pas déclaré l'abus aux autorités avant l'âge de 15 ans.[8]

Dans une synthèse systématique publiée en 2013 et une méta-analyse mondiale d'études récentes, la prévalence de l'ASE était comprise entre 8 et 31 % pour les filles, et 3 et 17 % pour les garçons. Le signalement par la victime des relations sexuelles forcées était de 9 % chez les filles et de 3 % chez les garçons.[9] À l'inverse, les événements de type ASE signalés annuellement aux autorités officielles, comme les services de protection de l'enfance, sont drastiquement inférieurs (par exemple, 43 % dans les systèmes canadiens de protection de l'enfance;[10] 2,4 % dans les agences communautaires de protection de l'enfance des États-Unis).[11] Les signalements officiels aux autorités sous-estiment de façon évidente l'ampleur du phénomène que représente l'ASE. Dans une autre méta-analyse mondiale sur la prévalence de l'ASE, celle-ci était 30 fois supérieure dans les études sur les déclarations par la victime par rapport aux signalements officiels (12,7 % contre 0,4 %).[12]

Questions clés pour la recherche

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

Récents résultats de la recherche

Les filles sont environ deux fois plus susceptibles que les garçons d'être victimes d'une ASE.[12] Il est cependant fort probable que les garçons soient plus souvent victimes d'une agression que ce que les données de cas déclarés laissent présager, et ce, compte tenu de leurs réticences à signaler l'abus.[13] Le risque d'une ASE croît avec l'âge, le nombre de cas le plus élevé se situant dans la tranche des 12 à 17 ans. On estime que les risques d'une ASE sont plus élevés chez les filles dès un jeune âge et pendant une période plus longue que les garçons, qui, eux, courent des

risques à un âge plus avancé et durant une période plus courte.[1]

L'ASE présente un risque majeur d'entraîner une série de séquelles tant durant l'enfance qu'à l'âge adulte. Il a été montré que les victimes manifestent davantage de symptômes de stress consécutif au traumatisme et de dissociation que les enfants qui n'ont pas subi d'agression,[14] ainsi que de dépression et de troubles de comportement.[15] Ils adoptent plus souvent des comportements sexuels à risque.[16] Les victimes sont plus susceptibles de céder à la consommation abusive d'alcool et de drogues[17] et à faire des tentatives de suicide.[18] Ces troubles de santé mentale peuvent perdurer à l'âge adulte.[19] Les victimes d'une ASE sont plus à risque que les autres jeunes de connaître la violence dans leurs premières relations amoureuses;[20] les femmes ayant subi une ASE courent deux à trois fois plus de risques d'être de nouveau victimes de violence sexuelle à l'âge adulte en comparaison des autres femmes.[21]

Toutefois, environ le tiers des victimes ne manifesteront aucun symptôme clinique au moment de la déclaration de leur agression.[22] Cela s'explique, en partie, par les caractéristiques extrêmement diverses de l'ASE, qui mène à toute une panoplie de répercussions éventuelles. Aussi, plusieurs facteurs influencent la résilience des victimes d'une ASE. Par exemple, les enfants qui bénéficient du soutien du parent non agresseur[23] et ceux qui n'ont pas déjà été victime d'abus[24] semblent mieux s'en sortir. Dans tous les cas, il est cependant important de faire une évaluation et, s'il y a lieu, une intervention hâtive afin de prendre en charge les répercussions négatives.

Pour le volet de l'évaluation, deux protocoles médicolégaux ont été considérablement mis à l'essai, à savoir le Structured Interview Protocol [protocole d'entrevue structurée] de l'organisme américain National Institute of Child Health and Human Development (NICHD) et le modèle Sexual Assault Nurse Examiner [SANE – examen des victimes d'agression sexuelle].

- Un protocole d'entrevue structurée tel que le modèle du NICHD stipule que les policiers doivent recevoir une formation poussée pour arriver à tirer des renseignements détaillés auprès de victimes d'une ASE sans utiliser la suggestion. Ce protocole améliore clairement la qualité des entrevues et facilite l'évaluation de la crédibilité menée par les enquêteurs auprès des enfants.[25]
- Les infirmières chargées de l'examen des victimes d'agression sexuelle sont généralement les premières personnes, dans le contexte du service d'urgence d'un hôpital, à répondre aux besoins émotifs et physiques des victimes en plus d'être celles chargées de la collecte

de données médicolégales qui pourraient conduire à des actions en justice contre les agresseurs. Le protocole SANE, pour ce qui est de la collecte de données médicolégales et du taux d'action en justice dans les cas d'ASE, est d'une efficacité qui a fait ses preuves.[26]

Concernant les interventions visant à réduire les préjudices consécutifs à l'ASE, une méta-analyse récente a démontré l'efficacité du traitement dans la réduction des symptômes associés aux troubles de stress post-traumatique ainsi que les problèmes d'extériorisation et d'intériorisation.[27] Parmi les quelques traitements ayant fait leur preuve, la thérapie cognitive comportementale axée sur les traumatismes est le traitement le plus courant pour les enfants victimes d'une ASE et manifestant des symptômes du trouble de stress post-traumatique (TSPT).[28] Des essais cliniques randomisés ont montré que ce traitement est efficace pour améliorer la symptomatologie des participants ainsi que les compétences parentales et les aptitudes des enfants à assurer leur sécurité personnelle, même quand le programme dure aussi peu que huit semaines.[29] On a noté que la thérapie cognitive comportementale axée sur les traumatismes pouvait mener à une amélioration soutenue de l'angoisse, de la dépression, des troubles sexuels et de la dissociation après six mois ainsi qu'à une amélioration des TSPT et de la dissociation après douze mois.[30,31]

Bien que les programmes de sensibilisation dans les écoles soient diffusés à grande échelle et présentés comme stratégie primaire de prévention, il y a peu de données montrant leur efficacité pour véritablement prévenir le risque d'une ASE; ils semblent améliorer les comportements orientés vers la protection de l'enfance et la sensibilisation à cet égard; ils pourraient augmenter les probabilités de signalement, mais on ignore leur impact sur la prévention de l'occurrence des ASE.[32]

Lacunes de la recherche

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

Conclusions

Bien que la définition d'une ASE fasse maintenant l'unanimité dans l'ensemble, l'ampleur du problème demeure difficile à cerner vu les différences qui prévalent entre les méthodes de collecte de données. Une méta-analyse de 2011 sur la prévalence des ASE montre que 12,7 % des adultes ont été victimes de violence sexuelle durant leur enfance ou leur adolescence, les filles et les enfants plus âgés étant les plus susceptibles de telles agressions. L'ASE constitue un facteur de risque important dans l'apparition de troubles à court et à long termes, tels que la dépression, les TSPT et l'abus d'alcool et de drogues, bien que toutes les victimes ne manifestent pas de séquelles. Deux protocoles médicolégaux – le Structured Interview Protocol du NICHD et le modèle SANE – sont bien établis dans le domaine. Le traitement le plus efficace des enfants victimes d'une ASE et manifestant des symptômes de TSPT est la thérapie cognitive comportementale axée sur les traumatismes. Les futurs efforts de recherche devraient porter sur l'élaboration de stratégies pour faciliter la divulgation d'une ASE et l'établissement d'un rapport de signalement, sur le repérage des besoins des victimes d'une ASE et sur la création de stratégies de prévention.

Implications pour les parents, les services et les politiques

Les répercussions sur le plan social et de la santé de l'ASE sont très larges et les coûts économiques à l'âge adulte sont estimés à 9,3 milliards de dollars.[33] Pour résoudre ce problème majeur de santé publique, on devrait accorder la priorité à l'élaboration de stratégies pour lever les obstacles à la divulgation et à l'établissement de rapports de signalement. Bien que l'ASE ne soit plus un sujet aussi tabou qu'il y a quelques décennies, il se pourrait que les préjugés et les difficultés à accéder à des services empêchent des victimes de bénéficier des ressources dont elles ont besoin.

Référence

1. Putnam FW. Ten-year research update review: Child sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2003;42(3):269-278.
2. Mathews B, Collin-Vézina D. Child sexual abuse: Toward a conceptual model and definition. *Trauma, Violence, & Abuse*. 2017: Advance online publication.
3. Johnson RJ. Advances in understanding and treating childhood sexual abuse: Implications for research and policy. *Family & Community Health*. 2008;31(Suppl1):S24-S34.
4. Martin EK, Silverstone PH. How much child sexual abuse is below the surface, and can we help adults identify it early. *Frontiers of Psychiatry*. 2013: 4(58):1-10.
5. Hunter SV. Disclosure of child sexual abuse as a life-long process: Implications for health professionals. *The Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*. 2011:32:159-172.

6. Alaggia R, Collin-Vézina D, Lateef R. Facilitators and barriers to child sexual abuse (CSA) disclosures: A research update (2000-2016). Trauma, Violence, & Abuse. 2017:Advance online publication.

7. Finkelhor D. Current information on the scope and nature of child sexual abuse. *Sexual Abuse of Children*.1994;4(2):31-53.

8. Burczycka M, Conroy S. Family violence in Canada: A statistical profile, 2016. Juristat: Canadian Centre for Justice Statistics. 2018 Jan 17:1-96.

9. Barth J, Bermetz L, Heim E, Trelle S, Toni T. The current prevalence of child sexual abuse worldwide: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Public Health*. 2013;58:469-483.

10. Collin-Vézina D, Hélie S, Trocmé N. Is child sexual abuse declining in Canada? An analysis of child welfare data. *Child Abuse & Neglect.* 2010;34(11):807-812.

11. Sedlak AJ, Mettenburg J, Basena M, Petta I, McPherson K, Greene A et al. Fourth National Incidence Study of Child Abuse and Neglect (NIS–4): Report to Congress, 2010.Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, Administration for Children and Families

12. Stoltenborgh M, van IJzendoorn MH, Euser EM, Bakermans-Kranenburg MJ. A global perspective on child sexual abuse: Meta-analysis of prevalence around the world. *Child Maltreatment*. 2011;16(2):79-101.

13. O'Leary PJ, Barber J. Gender differences in silencing following childhood sexual abuse. *Journal of Child Sexual Abuse*. 2008;17(2):133-143.

14. Collin-Vézina D, Hébert M. Comparing dissociation and PTSD in sexually abused school-aged girls. *Journal of Nervous Mental Disorders*. 2005;193(1):47-52.

15. Danielson CK, Macdonald A, Amstadter AB, et al. Risky behaviors and depression in conjunction with—or in the absence of—lifetime history of PTSD among sexually abused adolescents. *Child Maltreatment*.2010;15(1):101-107.

16. Lalor K, McElvaney R. Child sexual abuse, links to later sexual exploitation/high- risk sexual behavior, and prevention/treatment programs. *Trauma, Violence, & Abuse* 2010;11(4):159-177.

17. Shin SH, Edwards EM, Heeren T. Child abuse and neglect: Relations to adolescent binge drinking in the National Longitudinal Study of Adolescent Health (AddHealth) Study. *Addiction Behaviors*. 2010;34(3):277-280.

18. Brezo J, Paris J, Tremblay R, Vitaro F, Hebert M, Turecki G. Identifying correlates of suicide attempts in suicidal ideators: A population-based study. *Psychological Medicine*. 2007;31(11):1551-1562.

19. MacMillan HL, Fleming JE, Streiner DL, et al. Childhood abuse and lifetime psychopathology in a community sample. *American Journal of Psychiatry*. 2001;158(11):1878-1883.

20. Vezina J, Hebert M. Risk factors for victimization in romantic relationships of young women: a review of empirical studies and implications for prevention. *Trauma, Violence, & Abuse*. 2007;8(1):33-66.

21. Classen CC, Palesh OG, Aggarwal R. Sexual revictimization: A review of the empirical literature. *Trauma, Violence, & Abuse*. 2005;6(2):103-129.

22. Kendall-Tackett K, Meyer-Williams L, Finkelhor D. Impact of sexual abuse on children: A review and synthesis of recent empirical studies. *Psychological Bulletin*. 1993;113(1):164-180.

23. Elliott AN, Carnes CN. Reactions of nonoffending parents to the sexual abuse of their child: a review of the literature. *Child Maltreatment*. 2001;6(4):314-341.

24. Hébert M, Collin-Vézina D, Daigneault I, Parent N, Tremblay C. Factors linked to outcomes in sexually abused girls: a regression tree analysis. *Comprehensive Psychiatry*. 2006;47(6):443-455.

25. Lamb ME, Orbach Y, Sternberg KL, et al. Use of a structured investigative protocol enhances the quality of investigative interviews with alleged victims of child sexual abuse in Britain. *Applied Cognitive Psychology*. 2009;23(4):449-467.

26. Campbell R, Patterson D, Lichty L. The effectiveness of sexual assault nurse examiner (SANE) programs: A review of psychological, medical, legal, and community outcomes. *Trauma, Violence, & Abuse*. 2005;6(4):313-329.

27. Trask EV, Walsh K, DiLillo, D. Treatment effects for common outcomes of child sexual abuse: A current meta-analysis. *Aggression and Violent Behavior*. 2011:16(1):6-19.

28. Cohen JA, Deblinger E, Mannarino AP, Steer RA. A multisite, randomized controlled trial for children with sexual abuse-related PTSD symptoms. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2004;43(4):393-402.

29. Deblinger E, Mannarino AP, Cohen JA, Runyon MK, Steer RA. Trauma-focused cognitive behavioral therapy for children: impact of the trauma narrative and treatment length. *Depression and Anxiety*. 2011;28(1):67-75.

30. Cohen JA, Mannarino AP. Treating sexually abused children: 1-year follow-up of a randomized controlled trial. *Child Abuse & Neglect*. 2005;29(2):135-145.

31. Mannarino AP, Cohen JA, Deblinger E, Runyon MK, Steer RA. Trauma-focused cognitive-behavioral therapy for children: sustained impact of treatment 6 and 12 months later. *Child Maltreatment.* 2012;17(3):231-241.

32. Walsh K, Zwi K, Woolfenden S, Shlonsky A. School-based education programmes for the prevention of child sexual abuse. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2015 Apr 16;(4):CD004380.

33. Letourneau EJ, Brown DS, Fang X, Hassan A, Mercy JA. The economic burden of child sexual abuse in the United States. *Child Abuse & Neglect*. 2018;79:413-422.

La violence psychologique : un tour d'horizon

Christine Wekerle, PhD, Savanah Smith, BA

McMaster University, Canada

Août 2019, Éd. rév.

Introduction

La violence psychologique est une forme très répandue et dommageable de maltraitance envers les enfants. Elle reflète l'incapacité du donneur de soins de fournir un environnement approprié et favorable au développement de l'enfant et que ce dernier fait continuellement ou habituellement l'objet d'actes de violence déshumanisants, comme se faire injurier fréquemment (sévices psychologiques ou actes commis) ou souffrir d'un manque de soins, d'affection et de validation (p. ex., négligence psychologique ou acte omis). On compte officiellement six types de violence psychologique : 1) le rejet (p. ex., critiquer constamment l'enfant, le rabaisser); 2) l'isolement (p. ex., tenir la famille et les amis à l'écart de l'enfant); 3) le manque d'attention (p. ex., ne pas répondre à l'enfant lorsqu'il demande de l'attention, ignorer ses réussites, etc.); 4) la terreur (p. ex., menacer l'enfant de l'abandonner ou de lui faire mal); 5) la corruption (p. ex., impliquer ou exposer l'enfant à des activités criminelles); 6) l'exploitation (p. ex., obliger l'enfant à s'occuper d'un parent ou d'un autre enfant).[1] Certaines provinces et certains territoires classent également l'exposition de l'enfant à la violence conjugale (VC) (ou violence domestique) comme une forme de sévices psychologiques. Dans cette série d'articles, l'exposition de l'enfant à la violence conjugale est considérée comme une catégorie distincte de la maltraitance de l'enfant. La violence psychologique vécue pendant l'enfance est fortement associée au fait de subir d'autres formes de maltraitances au sein d'un foyer dysfonctionnel.[2] Contrairement aux autres formes de maltraitance pouvant comporter des indicateurs physiques, la violence psychologiques n'en a aucun. Par conséquent, la violence psychologique peut être la seule forme d'abus ou de négligence à se manifester, mais elle peut aussi accompagner fréquemment d'autres formes de maltraitance.[1]

Prévalence et sous-déclaration des cas

Les différentes estimations de la prévalence de la violence psychologique sont le résultat des études réalisées sur différentes populations. Les estimations de la prévalence des sévices psychologiques et des négligences psychologiques révèlent que, respectivement, 36,3 % et 18,4

% des personnes en seraient victimes à l'échelle mondiale, selon une étude de synthèse de méta-analyses.[3] Des études axées sur les enfants pris en charge par les services de protection de la jeunesse (SPJ) ont démontré que la prévalence de la violence psychologique serait supérieure aux données enregistrées par les travailleurs de ces services.

En codant les expériences de maltraitance selon un cadre normalisé, les chercheurs d'une étude américaine s'intéressant aux cas d'enfants suivis par les services de protection de la jeunesse ont établi que plus de 50 % des jeunes avaient vécu de la violence psychologique (principalement du type terreur) et que la majorité d'entre eux avaient également été victimes de violence et de négligence physiques.[4] L'Étude ontarienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants a placé le pourcentage de cas corroborés par les SPJ de 2013 à 13 % pour la violence psychologique et à 48 % pour l'exposition à la violence conjugale.[5] Des chercheurs ont déterminé que dans 30 % des cas où la violence psychologique constituait la principale forme de maltraitance, le cas faisait l'objet de trois ouvertures de dossiers antérieures pour une forme de maltraitance.[6] L'étude LONGSCAN, une étude longitudinale menée chez les jeunes aux États-Unis, avec participation des SPJ, a permis de mettre en évidence que 98 % des jeunes ayant fait un signalement pour violence psychologique déclaraient subir des récidives.[7] Il a été démontré que les facteurs permettant de prédire une intégration dans le système de placement familial étaient l'exposition à la violence psychologique dès le plus jeune âge, le nombre de signalements aux SPJ et la dépression chez l'adulte responsable de l'enfant.[8]

Sujet

Une étude longitudinale récente a déterminé qu'une expressivité maternelle négative était à l'origine de la relation entre les propres expériences de violence psychologique de la mère et un dérèglement d'ordre psychologique et des problèmes comportementaux chez des nourrissons de 14 mois.[9] Les parents qui expriment des émotions négatives intenses à l'égard de leur enfant (rage, dégoût) ou créent un environnement très négatif (hurler, contrôler) risquent d'accaparer toutes les capacités cognitives de leur enfant et d'entraîner des réactions comportementales désorganisées. Cette dynamique ignorance/attaque des parents et de déstabilisation de l'enfant entraîne une trajectoire de dégradation dans la gestion des émotions liées à soi-même et aux autres. Les recherches ont montré que, dans ce type d'interaction, les parents qui se considèrent comme impuissants ont une réactivité affective plus élevée, adoptent une attitude hostile envers l'enfant et son comportement et ont tendance à agir de façon autoritaire et contrôlante avec l'enfant (hostilité, rejet, attaque).[10] Ainsi, un lien a été établi sans surprise entre la violence

psychologique et une déficience importante de la maîtrise des émotions, notamment des difficultés au niveau à la fois de la lucidité émotionnelle (c'est-à-dire la capacité d'identifier les émotions) et de l'expressivité de ses émotions.[11-14] La violence peut englober un grand nombre de domaines de la santé mentale, notamment les problèmes de personnalité, les troubles de l'humeur, les problèmes de toxicomanie et la violence dans les relations.[2,15,16] Une étude de synthèse systématique a déterminé qu'une hausse des risques avait un impact sur la réussite scolaire (impulsivité, incapacité à se concentrer, baisse du niveau d'alphabétisme et difficultés avec les chiffres).[16] La violence psychologique est associée à l'anxiété sociale et au trouble de l'anxiété,[17-20] ainsi qu'à la dépression.[21-24] La négligence psychologique a été associée à la consommation de drogues et au tabagisme,[23] au calage d'alcool excessif, à l'alcoolisme et à d'autres problèmes liés à l'alcool.[25] Il a été démontré que l'impact de la violence psychologique sur la santé mentale à l'adolescence était supérieur chez les victimes de sexe masculin.[26] Des antécédents de sévices psychologiques sont un facteur de prédiction des symptômes présents chez les auteurs d'agression. Toutefois, des différences entre les sexes peuvent exister au niveau du parcours menant de la maltraitance à l'agression. Par exemple, une étude a dévoilé que cette relation était régie par le psychoticisme, chez les hommes, et par le névrosisme, chez les femmes.[27] Dans une étude réalisée chez de jeunes délinquants de sexe masculin, l'affection maternelle était à l'origine de la relation entre la négligence psychologique et les traits de dureté-insensibilité du jeune.[28]

Une étude de recherche longitudinale a déterminé qu'une violence psychologique subie pendant une période de trois ans était un facteur de prédiction important des idées suicidaires, chez les jeunes.[29] Une étude représentative menée à l'échelle des États-Unis a révélé que des adolescents ayant déclaré avoir subi des sévices psychologiques pendant l'enfance avaient 2,6 fois plus de probabilités de confier des idées suicidaires et 2,4 plus de probabilités de rapporter une tentative de suicide au cours de l'année précédente par rapport à ceux n'ayant pas fait l'objet de tels sévices.[30] Une attaque centrale peut se faire à l'endroit du sentiment d'importance de la victime face aux autres (c'est-à-dire par rapport à soi, aux autres et au milieu environnant), la violence psychologique étant associée à un sentiment d'importance bas.[31]

Une autre difficulté possible pour les victimes de violence psychologique est de bâtir et de conserver des relations positives. Une synthèse systématique de la documentation scientifique effectuée chez des adolescents de sexe masculin victimes de violence psychologique a mis en évidence des associations tant au niveau de la perpétration que de la victimisation de la violence conjugale.[32] Chez des adolescents bénéficiant de SPJ, la violence psychologique a permis de

prédire la perpétration de violences anciennes chez les garçons et de victimisation chez les filles, deux phénomènes s'expliquant en partie par l'importance des symptômes de traumatisme.[15] De manière analogue, la violence psychologique a permis de prédire un comportement sexuel à risque à l'âge de 18 ans imputable, entre autres, aux symptômes d'origine traumatique.[33] Chez les hommes, le lien entre la violence psychologique en enfance et une insatisfaction ultérieure de la vie en général passe par un rejet des sentiments lors des relations amoureuses, selon une étude.[34] Pour les femmes, il a été démontré que la violence psychologique était un facteur de prédiction robuste d'une faible satisfaction sur le plan des relations.[35] De manière similaire, les résultats de l'étude longitudinale de l'état de santé des adolescents et des adultes (Longitudinal Study of Adolescent to Adult Health) conduite aux États-Unis a établi un lien significatif à l'âge adulte entre des sévices psychologiques subis et la perpétration et la victimisation de violence conjugale, chez les hommes, et la violence perpétrée de manière unidirectionnelle et réciproque chez les femmes.[36] La violence psychologique vécue pendant l'enfance nuirait fortement aux relations intimes fonctionnelles.

Enfin, des données suggèrent que les enfants victimes de violence psychologique sont à risque de présenter des troubles alimentaires et des relations chaotiques avec les aliments à l'adolescence et à l'âge adulte. En procédant à une synthèse systématique, Kimber et ses collaborateurs ont conclu que la prévalence de la violence psychologique, incluant l'exposition à la violence conjugale, associée à des troubles alimentaires, était comprise entre 21 % et 66 %.[37] Une étude consacrée aux personnes obèses d'âge adulte a démontré que les sujets souffrant d'hyperphagie boulimique déclaraient des niveaux nettement supérieurs de sévices psychologiques et de négligence.[38] Dans une étude non clinique de grande envergure, les sévices psychologiques étaient un facteur de prédiction positif important d'accumulation compulsive de biens matériels.[39]

Problèmes

1. La prévalence de la violence psychologique est élevée.
2. Bien qu'un consensus se dégage en ce qui a trait : a) au comportement habituel des donneurs de soins qui définit la violence psychologique; b) aux facteurs de risque parentaux (dépression, toxicomanie, maladie psychiatrique, et antécédents de maltraitance), on ne s'entend pas sur la façon d'opérationnaliser la violence psychologique à des fins pratiques en ce qui a trait aux normes communautaires en matière de pratiques parentales acceptables.[40,41]

3. Les programmes actuellement offerts aux parents comportent quelques éléments de contenu pertinents quant à la violence psychologique exercée par les donneurs de soins (p. ex., attention planifiée, bons moments ou renforcement positif), mais les services de protection de la jeunesse et de santé publique ne se sont pas encore penchés sur la prévention de la violence psychologique, bien que la prévention de la violence conjugale existe dans les deux systems.[42,43]
4. Le sexe peut être un facteur dans la compréhension du lien violence psychologique–déficience. L'impact sur l'ensemble des genres doit encore être pris en compte.
5. Une synthèse menée en 2011 a conclu que de plus amples recherches étaient nécessaires pour élaborer un instrument de mesure de la violence psychologique pendant l'enfance qui soit fiable et valide.[44] Les cliniciens sont encouragés à interroger les enfants au sujet de leurs relations avec les membres de leur famille, de leurs sentiments à l'égard de leur propre valeur et s'ils se sentent aimés et en sécurité.

Contexte de la recherche

Étant donné que les renseignements sur la violence psychologique sont recueillis lorsque les services de protection de la jeunesse interviennent auprès des jeunes, la plupart des renseignements proviennent des pays où l'on trouve des organismes de protection de la jeunesse officiels. Lorsqu'un cas de violence psychologique est corroboré, c'est que les services de protection de la jeunesse ont mené une enquête sur certaines allégations et ont jugé que celles-ci étaient suffisamment graves. Les services fournis peuvent varier : il peut s'agir d'une simple enquête, de consultations avec l'enfant ou même d'un placement dans un autre foyer.

Questions clés pour la recherche

1. Comment la violence psychologique reflète-t-elle un cycle de violence?
2. Existe-t-il des indicateurs de violence psychologique qui permettent de signaler des déficiences ou de favoriser la résilience?
3. Quel est le lien entre la violence psychologique et les différentes expériences des jeunes des deux sexes?

Récents résultats de recherche

Récemment, une méta-analyse des études portant sur des parents perpétrant des sévices psychologiques ont mis en évidence que, d'une manière générale, ces personnes confiaient présenter un affect négatif, de la dépression, de la violence verbale, un dérèglement affectif, de la colère et de faibles capacités de maîtrise de leurs émotions et de gestion des obstacles par des stratégies positives.[45] Ces résultats mettent en relief le problème associé à la transmission intergénérationnelle des risques, ainsi que le besoin de déployer davantage d'interventions qui favorisent une adaptation positive et la résilience dans le rôle de parent.

Ces derniers temps, l'attention s'est portée sur le fonctionnement cognitif et le développement des enfants maltraités.[46] Par exemple, chez les enfants en famille d'accueil (placés dans un autre foyer), on remarquait une corrélation négative entre les antécédents de négligence ou de sévices psychologiques et la taille selon l'âge, les aptitudes visuospatiales, la mémoire, le langage et la fonction exécutive.[47] Les interventions précoces qui ciblent les éléments cognitifs et affectifs sous-jacents à la violence psychologique se révèlent prometteuses pour le développement cognitif de l'enfant (p. ex., la mémoire), aspect qui semble être influencé indirectement par les hormones de stress de l'enfant.[48] L'objectif ultime est d'examiner les contextes favorisant l'apparition de déficiences mentales et physiques ainsi que ceux favorisant la résilience en étendant l'étude aux domaines de la recherche biologique, clinique et épidémiologique.[49]

Jusqu'à présent, aucune étude n'aurait cherché à déterminer la relation entre les concepts de discrimination hétéronormative et de stigmatisme social avec la violence psychologique chez les jeunes LGBTABI+. Une étude récente a démontré que des homosexuels et des bisexuels adultes ayant subi une violence psychologique pendant l'enfance présentaient des taux de dépression et de symptômes de l'anxiété supérieurs par rapport à ceux n'ayant pas vécu de violence psychologique familiale.[50]

Lacunes de la recherche

Les définitions juridiques et médicales qui contribuent à l'établissement des seuils d'intervention des services de protection de la jeunesse varient selon les régions, malgré le besoin évident d'accorder plus d'attention à l'impact de la violence psychologique.[49] Actuellement, il n'y a pas de méthode « parfaite » pour déterminer le niveau d'exposition à la violence psychologique. En 2012, l'Académie américaine de pédiatrie a publié un rapport clinique soulignant la nécessité pour les cliniciens d'être vigilants face à cette forme de maltraitance et d'envisager des interventions favorisant une parentalité positive et le développement de l'enfant, soulignant que

la sécurité de l'enfant est une priorité tant physique que psychologique.[51] Des lacunes relèvent de l'émergence des communications électroniques et du problème inhérent à la violence psychologique pouvant être perpétrée par les membres de la famille ou d'autres individus sur Internet ou par l'intermédiaire des médias sociaux.

Il est également important d'étudier l'impact de la violence psychologique au-delà de la dynamique familiale ou parentale. Des études récentes ont examiné les conséquences de la violence psychologique commise par des professeurs sur leurs étudiants.[52] Dans l'une d'entre elles conduite en Corée, 18,2 % des jeunes témoignaient avoir été la cible de violence psychologique perpétrée par leur professeur.[53] Dans un sondage réalisé en République de Chypre, 33,1 % des étudiants répondants ont confié avoir fait l'objet de violence psychologique par un enseignant à l'école primaire.[54] Aussi difficile soit-il de définir et d'identifier la violence psychologique familiale, il est encore plus compliqué de détecter ce type de violence se produisant en dehors du foyer.

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

Comme les conséquences de la violence psychologique sont moins visibles, elles peuvent facilement être sous-estimées. Les parents, les praticiens et les décideurs politiques devraient donc : 1) tenir compte du climat émotionnel à la maison ainsi que des aptitudes émotionnelles des enfants et leur offrir des expériences dans lesquelles les émotions positives l'emportent sur les émotions négatives; 2) prévenir les cas de maltraitance et l'exposition à la violence conjugale chez les enfants; 3) assurer la promotion de la sécurité, du bien-être et des droits des enfants et des jeunes à vivre sans violence; et 4) prévenir ou limiter les cas de déficience liés à la maltraitance et en mettant l'accent sur la résilience. Il existe des programmes de prévention fondés sur des données probantes et, du point de vue de la santé publique, il serait déplorable de ne pas les mettre en œuvre.[55-58]

Une vie familiale chaotique et violente peut constituer une forme de violence psychologique et avoir des conséquences à long terme sur le développement de l'enfant et de l'adolescent. Le fait de quitter graduellement le nid familial et de vivre des expériences de qualité au préscolaire, d'entrer à l'école primaire et de développer son autonomie à l'adolescence lui donne la possibilité de changer sa vision des émotions considérées comme « normales ». L'instauration de programmes axés sur la résilience pourrait constituer une approche innovante de diminution de l'impact de la violence psychologique. Un lien entre la violence psychologique et un optimisme

plus faible a été démontré. Néanmoins, les événements positifs de la vie peuvent amortir cet effet et augmenter l'optimisme spontané.[59] Des études ont démontré l'efficacité des schémas positifs (c'est-à-dire la capacité à se focaliser sur les stimuli positifs et à ignorer les stimuli négatifs ou lourds sur le plan affectif) dans le renforcement de la résilience et l'arrêt du processus menant de la violence psychologique vécue pendant l'enfance aux problèmes de santé mentale, comme la dépression.[60,61] Ces résultats sous-estiment les possibilités d'encourager la construction de relations sociales stables et d'adopter des systèmes de services servant de partenaires propices au bien-être et à la résilience. Lorsqu'on met un terme à la violence dans la vie personnelle et familiale, c'est la vie dans son ensemble qui en est par la suite améliorée. La violence psychologique est une forme évitable de maltraitance, et pourrait générer des gains considérables compte tenu de sa prévalence.

Références

1. Hart SN, Brassard M, Davidson HA, Rivelis E, Diaz V, Binggeli NJ. Psychological maltreatment. In: Myers JEB, ed. *American Professional Society on the Abuse of Children (APSAC) Handbook on Child Maltreatment, Third Edition*. Thousand Oaks, CA: Sage; 2011: 125-144.
2. Taillieu TL, Brownridge DA, Sareen J, Afifi TO. Childhood emotional maltreatment and mental disorders: Results from a nationally representative adult sample from the United States. *Child Abuse & Neglect* 2016;59:1-12. doi:10.1016/j.chiabu.2016.07.005
3. Stoltenborgh M, Bakermans-Kranenburg MJ, Alink LRA, van Ijzendoorn MH. The prevalence of child maltreatment across the globe: Review of a series of meta-analyses. *Child Abuse Review* 2015;24:37-50. doi:10.1002/car.2353
4. Trickett P, Kim K, Prindle J. Variations in emotional abuse experiences among multiply maltreated young adolescents and relations with developmental outcomes. *Child Abuse & Neglect* 2011;35(10):876-886. doi:10.1016/j.chiabu.2011.08.001
5. Fallon B, Van Wert M, Trocmé N, MacLaurin B, Sinha V, Lefebvre R, Allan K, Black T, Lee B, Rha W, Smith C, Goel S. Ontario Incidence Study of Reported Child Abuse and Neglect-2013 (OIS-2013). Toronto, ON: Child Welfare Research Portal; 2015.
6. Goel S, Allan K, Lefebvre R, Fallon B. Previous Case Openings by Primary Form of Substantiated Maltreatment in Ontario in 2013. CWRP Information Sheet #156E. Toronto, ON: Faculty of Social Work, University of Toronto; 2015.
7. English D, Thompson R, White CR, Wilson D. Why should child welfare pay more attention to emotional maltreatment? *Child and Youth Services Review* 2015;50:53-63. doi:10.1016/j.childyouth.2015.01.010
8. English D, Thompson R, White CR. Predicting risk of entry into foster care from early childhood experiences: A survival analysis using LONGSCAN data. *Child Abuse & Neglect* 2015;45:57-67. doi:10.1016/j.chiabu.2015.04.017
9. Liu S, Zhou N, Dong S, Wang Z, Hao Y. Maternal childhood emotional abuse predicts Chinese infant behavior problems: Examining mediating and moderating processes. *Child Abuse & Neglect* 2019;88:307-316. doi:10.1016/j.chiabu.2018.12.006
10. Bugental DB, Blue J, Cruzcosa M. Perceived control over caregiving outcomes: Implications for child abuse. *Developmental Psychology* 1989;25: 532-539. doi:10.1037/0012-1649.25.4.532
11. Mills P, Newman EF, Cossar J, Murray G. Emotional maltreatment and disordered eating in adolescents: Testing the mediating role of emotion regulation. *Child Abuse & Neglect* 2015;39:156-166. doi:10.1016/j.chiabu.2014.05.011

12. Titelius EN, Cook E, Spas J, Orchowski L, Kivisto K, O'Brien KHM, Frazier E, Wolff JC, Dickstein DP, Kim KL, Seymour K. Emotion dysregulation mediates the relationship between child maltreatment and non-suicidal self-injury. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma* 2018;27(3):323-331. doi:10.1080/10926771.2017.1338814

13. Jessar AJ, Hamilton JL, Flynn M, Abramson LY, Alloy LB. Emotional clarity as a mechanism linking emotional neglect and depressive symptoms during early adolescence. *Journal of Early Adolescence* 2015;37(3): 414-432. doi:10.1177/0272431615609157

14. Thomassin K, Shaffer A, Madden A, Londino DL Specificity of childhood maltreatment and emotion deficit in nonsuicidal self-injury in an inpatient sample of youth. *Psychiatry Research* 2016;244:103-108. doi:10.1016/j.psychres.2016.07.050

15. Wekerle C, Leung E, MacMillan HL, Boyle M, Trocmé N, Waechter R. The contribution of childhood emotional abuse to teen dating violence among child protective services-involved youth. *Child Abuse & Neglect* 2009;33(1):45-58. doi:10.1016/j.chiabu.2008.12.006

16. Maguire SA, Williams B, Naughton AM, Cowley LE, Tempest V, Mann MK, Teague M, Kemp AM. A systematic review of the emotional, behavioural and cognitive features exhibited by school-aged children experiencing neglect or emotional abuse. *Child: Care, Health and Development* 2015;41(5):641-653. doi:10.1111/cch.12227

17. Gibb BE, Chelminski I, Zimmerman M. Childhood emotional, physical, and sexual abuse, and diagnoses of depressive and anxiety disorders in adult psychiatric outpatients. *Depression & Anxiety* 2007;24(4):256-263. doi:10.1002/da.20238

18. Lochner C, Seedat S, Allgulander C, Kidd M, Stein D, Gerdner A. Childhood trauma in adults with social anxiety disorder and panic disorder: A cross-national study. *African Journal of Psychiatry* 2010;13(5):376-381. doi:10.4314/ajpsy.v13i5.63103

19. Kuo JR, Goldin PR, Werner K, Heimberg RG, Gross JJ. Childhood trauma and current psychological functioning in adults with social anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders* 2011;25(4):467-473. doi:10.1016/j.janxdis.2010.11.011

20. Nanda M, Reichert E, Jones U, Flannery-Schroeder E. Childhood maltreatment and symptoms of social anxiety: Exploring the role of emotional abuse, neglect, and cumulative trauma. *Journal of Child & Adolescent Trauma* 2015;9(3):201-207. doi:10.1007/s40653-015-0070-z

21. Cohen JR, McNeil SL, Shorey RC, Temple JR. Maltreatment subtypes, depressed mood, and anhedonia: A longitudinal study with adolescents. *Psychological Trauma* 2018. [Epub ahaead of print]. doi:10.1037/tra0000418

22. Kisley S, Abajobir AA, Mills R, Strathearn L, Clavarino A, Najman JM. Child maltreatment and mental health problems in adulthood: Birth cohort study. *British Journal of Psychiatry* 2018;213(6):698-703. doi:10.1192/bjp.2018.207

23. Cohen JR, Menon SV, Shorey RC, Le VD, Temple JR. The distal consequences of physical and emotional neglect in emerging adults: A person-centered, multi-wave, longitudinal study. *Child Abuse & Neglect* 2017;63:151-161. doi:10.1016/j.chiabu.2016.11.030

24. Infurna MR, Reichl C, Parzer P, Schimmenti A, Bifulco A, Kaess M. Associations between depression and specific childhood experiences of abuse and neglect: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders* 2016;190:47-55. doi:10.1016/j.jad.2015.09.006

25. Shin SH, Lee S, Jeon SM, Wills TA. Childhood emotional abuse, negative emotion-driven impulsivity, and alcohol use in young adulthood. *Child Abuse & Neglect* 2015;50:94-103. doi:10.1016/j.chiabu.2015.02.010

26. Hagborg JM, Tidefors I, Fahlke C. Gender differences in the association between emotional maltreatment with mental, emotional, and behavioral problems in Swedish adolescents. *Child Abuse & Neglect* 2017;67:249-259. doi:10.1016/j.chiabu.2017.02.033

27. Wang Q, Shi W, Jin G. Effect of childhood emotional abuse on aggressive behavior: A moderated mediation model. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma* 2018 [Epub ahead of print]. doi:10.1080/10926771.2018.1498962

28. Bisby MA, Kimonis ER, Goulter N. Low maternal warmth mediates the relationship between emotional neglect and callous-unemotional traits among male juvenile offenders. *Journal of Child and Family Studies* 2017;26(7):1790-1798.

doi:10.1007/s10826-017-0719-3

29. Miller AB, Jenness JL, Oppenheimer CW, Gottleib ALB, Young JF, Hankin BL. Childhood emotional maltreatment as a robust predictor of suicidal ideation: A 3-year multi-wave, prospective investigation. *Journal of Abnormal Child Psychology* 2017;45(1):105-166. doi:10.1007/s10802-016-0150-z

30. Thompson MP, Kingree JB, Lamis D. Associations of adverse childhood experiences and suicidal behaviors in adulthood in a U.S. nationally representative sample. *Child: Care, Health and Development* 2019;45(1):121-128. doi:10.1111/cch.12617

31. Flett GL, Goldstein AL, Pechenkov I, Nepon T, Wekerle C. Antecedents, correlates, and consequences of feeling like you don't matter: Associations with maltreatment, loneliness, social anxiety, and the five factor model. *Personality and Individual Differences* 2016;92: 52-56. doi:10.1016/j.paid.2015.12.014

32. Naughton AM, Cowley LE, Tempest V, Maguire SA, Mann MK, Kemp AM. Ask Me! Self-reported features of adolescents experiencing neglect or emotional maltreatment: A rapid systematic review. *Child: Care, Health and Development* 2017;43(3):348-360. doi:10.1111/cch.12440

33. Thompson R, Lewis T, Neilson EC, English DJ, Litrownik AJ, Margolis B, Proctor L, Dubowitz H. Child maltreatment and risky sexual behavior: Indirect effects through trauma symptoms and substance use. *Child Maltreatment* 2017;22(1):69-78. doi:10.1177/1077559516674595

34. Pierce J, Abbey A, Wegner R. Mediators of the association between childhood emotional maltreatment and young adult men's life satisfaction. *Journal of Interpersonal Violence* 2018;33(4):595-616. doi:10.1177/0886260515609584

35. Peterson CM, Peugh J, Loucks L, Shaffer A. Emotional maltreatment in family of origin and young adult romantic relationship satisfaction: A dyadic data analysis. *Journal of Social and Personal Relationships* 2018;35(6):872-888. doi:10.1177/0265407517700300

36. Richards TN, Tillyer MS, Wright EM. Intimate partner violence and the overlap of perpetration and victimization: Considering the influence of physical, sexual, and emotional abuse in childhood. *Child Abuse & Neglect* 2017;67:240-248. doi:10.1016/j.chiabu.2017.02.037

37. Kimber M, McTavish JR, Couturier J, Boven A, Gill S, Dimitropoulos G, MacMillan HL. Consequences of child emotional abuse, emotional neglect and exposure to intimate partner violence for eating disorders: A systematic critical review. *BMC Psychology* 2017;5(33):1-18. doi:10.1186/s40359-017-0202-3

38. Amianto F, Spalatro AV, Rainis M, Andriulli C, Lavagino L, Abbate-Daga G, Fassino S. Childhood emotional abuse and neglect in obese patients with and without binge eating disorder: Personality and psychopathology correlates in adulthood. *Psychiatry Research* 2018;269:692-699. doi:10.1016/j.psychres.2018.08.089

39. Kehoe E, Egan J. Interpersonal attachment insecurity and emotional attachment to possessions partly mediate the relationship between childhood trauma and hoarding symptoms in a non-clinical sample. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders* 2019;21:37-45. doi:10.1016/j.jocrd.2018.12.001

40. Trickett PK, Mennen FE, Kim K, Sang J. Emotional abuse in a sample of multiply maltreated, urban young adolescents: Issues of definition and identification. *Child Abuse & Neglect* 2009;33:27–35. doi:10.1016/j.chiabu.2008.12.003

41. Tonmyr L, Draca J, Crain J, MacMillan HL. Measurement of emotional/psychological child maltreatment: A review. *Child Abuse & Neglect* 2011;35(10):767-782. doi:10.1016/j.chiabu.2011.04.011

42. Altafim ERP, Linhares MBM. Universal violence and child maltreatment prevention programs for parents: A systematic review. *Psychosocial Intervention* 2016;25(1):27-38. doi:10.1016/j.psi.2015.10.003

43. Desai CC, Reece J-A, Shakespeare-Pellington S. The prevention of violence in childhood through parenting programmes: A global review. *Psychology, Health & Medicine* 2017;22(1):166-186. doi:10.1080/13548506.2016.1271952

44. Wekerle C. The dollars and senselessness in failing to prioritize child maltreatment prevention. *Child Abuse & Neglect* 2011;35:159-161. doi:10.1016/j.chiabu.2011.02.001

45. Lavi I, Maynor-Binyamini I, Seibert E, Katz LF, Ozer EJ, Gross JJ. Broken bonds: A meta-analysis of emotion reactivity and regulation in emotionally maltreating parents. *Child Abuse & Neglect* 2019;88:376-388. doi:10.1016/j.chiabu.2018.11.016

46. Curtis WJ, Cicchetti D. Emotion and resilience: A multilevel investigation of hemispheric electroencephalogram asymmetry and emotion regulation in maltreated and nonmaltreated children. *Development & Psychopathology* 2007;19:811-840. doi:10.1017/S0954579407000405

47. Oswald SH, Heil K, Goldbeck L. History of maltreatment and mental health problems in foster children: A review of the literature. *Journal of Pediatric Psychology* 2010;35(5):462-472. doi:10.1093/jpepsy/jsp114

48. Bugental DB, Schwartz A, Lynch C. Effects of early family intervention on children's memory: The mediating effects of cortisol levels. *Mind, Brain, & Education* 2010;4(4):156-218. doi:10.1111/j.1751-228X.2010.01095.x

49. MacMillan HL, Wathen CN, Barlow J, Fergusson DM, Leventhal JM, Taussig HN. Interventions to prevent child maltreatment and associated impairment. *Lancet* 2008;373(9659):250–266. doi:10.1016/S0140-6736(08)61708-0

50. Charak R, Villarreal L, Schmitz RM, Harai M, Ford JD. Patterns of childhood maltreatment and intimate partner violence, emotion dysregulation, and mental health symptoms among lesbian, gay, and bisexual emerging adults: A three-step latent class approach. *Child Abuse & Neglect* 2019;89:99-110. doi:10.1016/j.chiabu.2019.01.007

51. Hibbard R, Barlow J, MacMillan H, Committee on Child Abuse and Neglect, & American Academy of Child and Adolescent Psychiatry Child Maltreatment and Violence Committee. Psychological maltreatment. *Pediatrics* 2012;130(2):372-378. doi:10.1542/peds.2012-1552

52. Nearchou F. Resilience following emotional abuse by teachers: Insights from a cross-sectional study with Greek students. *Child Abuse & Neglect* 2018;78:96-106. doi:10.1016/j.chiabu.2017.10.012

53. Lee JH. Prevalence and predictors of self-reported student maltreatment by teachers in South Korea. *Child Abuse & Neglect* 2015;46:113-120. doi:10.1016/j.chiabu.2015.03.009

54. Theoklitou D, Kabitsis N, Kabitsi A. Physical and emotional abuse of primary school children by teachers. *Child Abuse & Neglect* 2012;36(1):64-70. doi:10.1016/j.chiabu.2011.05.007

55. World Health Organization & London School of Hygiene and Tropical Medicine. Preventing intimate partner and sexual violence against women: Taking action and generating evidence. Geneva, Switzerland: World Health Organization. 2010. Retrieved from: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/activities/intimate/en/index.html.

56. Gilbert R, Kemp A, Thoburn J, Sidebotham P, Radford L, Glaser D, MacMillan HL. Recognising and responding to child maltreatment. *Lancet* 2009;373(9658):167-180. doi:10.1016/S0140-6736(08)61707-9

57. MacMillan HL. Commentary: Child maltreatment and physical health: A call to action. *Journal of Pediatric Psychology* 2010 35(5), 533–535. doi:10.1093/jpepsy/jsq017

58. Wekerle C. Commentary: Emotionally maltreated: The under-current of impairment? *Child Abuse & Neglect* 2011;35(10):899-903. doi:10.1016/j.chiabu.2011.09.002

59. Broekhof R, Ruis-Ottenheim N, Spinhoven P, van der Mast RC, Penninx BW, Zitman FG, Gitlay EJ. Long-lasting effects of affective disorders and childhood trauma on dispositional optimism. *Journal of Affective Disorders* 2015;175:351-358. doi:10.1016/j.jad.2015.01.022

60. Arslan G. Psychological maltreatment, emotional and behavioral problems in adolescents: The mediating role of resilience and self-esteem. *Child Abuse & Neglect* 2016;52:200-209. doi:10.1016/j.chiabu.2015.09.010

61. Lumley MN, McArthur BA. Protection from depression following emotional maltreatment: The unique role of positive schemas. *International Journal of Cognitive Therapy* 2016;9(4):327-343. doi:10.1521/ijct_2016_09_14

Prévention de la maltraitance des enfants et des séquelles connexes

Jane Barlow, D.Phil; FFPH (Hon)

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

Janvier 2020, Éd. rév.

Introduction

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

Sujet

Un nombre considérable d'enfants sont victimes de violence, selon des taux de prévalence qui varient en fonction du type de maltraitance, du sexe et du milieu. La synthèse la plus récente des études axées sur la prévalence a conduit aux conclusions suivantes : (N.B. : La médiane ou le 50e percentile, ainsi que le 25^{e} au 75^{e} centile sont présentés; à savoir, 50 %, 25 % et 75 % des valeurs sont respectivement inférieures à ces centiles :

« L'agression sexuelle est la forme de maltraitance la plus couramment étudiée à travers le monde; selon une prévalence médiane (25^{e} au 75^{e} centile) de 20,4 % (13,2 % à 33,6 %) et de 28,8 % (17,0 % à 40,2 %) chez les filles nord-américaines et australiennes, respectivement, et des taux généralement inférieurs chez les garçons. Les taux de violence physique sont plus similaires entre les sexes, sauf en Europe où ils sont respectivement de 12,0 % (6,9 % à 23,0 %) et de 27,0 % (7,0 % à 43,0 %) chez les filles et les garçons. Ils sont fréquemment très élevés dans certains continents : par exemple, 50,8 % (36,0 % à 73,8 %) et 60,2 % (43,0 % à 84,9 %) respectivement chez les filles et les garçons en Afrique. Les taux médians de sévices psychologiques sont pratiquement le double chez les filles par rapport aux garçons en Amérique du Nord (respectivement 28,4 % par rapport à 13,8 %) et en Europe (respectivement 12,9 % par rapport à 6,2 %), mais plus similaires entre les groupes de même sexe dans les autres continents. Les taux

médians de négligence les plus élevés se trouvent en Afrique (filles : 41,8 %; garçons : 39,1 %) et en Amérique du Sud (filles : 54,8 %; garçons : 56,7 %), mais sont basés sur peu d'études au total. Au contraire, concernant les deux continents caractérisés par le nombre le plus élevé d'études, les taux médians diffèrent entre les filles (40,5 %) et les garçons (16,6 %) en Amérique du Nord, mais sont similaires en Asie (filles : 26,3 %, garçons : 23,8 %).[1] »

Les conséquences de cette maltraitance sont vastes et ont une incidence importante sur la morbidité et la mortalité. Aux États-Unis, par exemple, plus de 2 000 enfants meurent chaque année des suites de la violence et de la négligence, 86 % de tous les décès pour cause de maltraitance survenant chez les enfants de moins de 6 ans et 43 % chez des nourrissons de moins d'un an.[2] Les répercussions à long terme chez les survivants comprennent une vaste gamme de troubles de santé mentale, tels la dépression, la consommation de drogue et l'abus d'alcool, des comportements sexuels à risque et des tendances criminelles, autant de comportements qui perdurent jusqu'à l'âge adulte.[3] Les conséquences pour la société de tels mauvais traitements sont aussi importantes sur le plan direct (p. ex. : services pour repérer et réagir aux cas de violence à l'égard d'enfants) que sur le plan indirect des coûts (p. ex. : services pour prendre en charge les problèmes connexes à la violence, tels que les troubles de santé mentale, la toxicomanie, la criminalité, etc.).[3]

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

Problème

L'une des principales difficultés associées à la reconnaissance de ce qui est efficace pour prévenir la maltraitance des enfants est une pénurie de modèles de recherche rigoureux pouvant être utilisés pour évaluer l'efficacité de programmes. La mesure des résultats fluctue largement entre les études et elles font un recours excessif aux déclarations d'auto-évaluation parentale et aux mesures indirectes des résultats. Dans les pays à faible revenu, les études rigoureuses en ce qui concerne tous les types de maltraitance et niveaux de prévention sont peu nombreuses.

Contexte de la recherche

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

Questions clés pour la recherche

Les questions clés de la recherche ayant trait à la prévention de la maltraitance des enfants portent autant sur l'efficacité que sur le rapport coût-efficacité des démarches de prévention et traitent des quatre grandes formes de mauvais traitements dans l'optique des différents niveaux de prévention mentionnés ci-dessus. D'autres questions sont tournées sur les démarches particulières les mieux adaptées à divers groupes de la population qui posent un risque lié à la maltraitance des enfants (p. ex. : des parents atteints d'une maladie mentale graves ou qui consomment de la drogue ou aux prises avec la violence conjugale). Dans les pays à faible revenu, les études rigoureuses en ce qui concerne tous les types de maltraitance et niveaux de prévention sont peu nombreuses.

Résultats clés de la recherche

La partie (a) de cette section décrit les interventions fondées sur des données probantes aux trois différents niveaux de prévention mentionnés ci-dessus : prévention primaire, prévention de la récurrence et prévention des séquelles. La partie (b) décrit les stratégies d'intervention possibles qui vont au-delà du niveau d'intervention.

a. Interventions axées sur la prévention

Prévention primaire

On dispose actuellement d'une quantité limitée de données sur l'efficacité des interventions axées sur la population dans les pays à haut revenu pour la prévention de la maltraitance de l'enfant. Une intervention prometteuse serait le « Triple P » axé sur la population qui, outre le déploiement de moyens universels et de stratégies de communication, consiste en la mise en œuvre de la formation professionnelle Triple P dédiée à la main-d'œuvre existante.[4]

La recherche suggère également qu'un certain nombre d'interventions de prévention primaire ciblées ont du potentiel dans les pays à revenu élevé. Bien que les visites à domicile ne soient pas toutes efficaces, il a été constaté que le programme Nurse Family Partnership [Partenariat entre les infirmières et les familles] présente le plus grand nombre d'avantages en termes de réduction du risque de maltraitance des enfants.[5]

D'autres approches préventives primaires qui été prometteuses dans les pays à revenu élevé, notamment les programmes éducatifs en milieu hospitalier pour prévenir les traumatismes crâniens causés par la violence sont prometteurs, au même titre que des soins pédiatriques accrus pour les familles d'enfants à risque de subir de la violence physique ou de la négligence.[4] Bien que les programmes de sensibilisation en milieu scolaire semblent efficaces pour sensibiliser les enfants et améliorer leurs comportements protecteurs, on ignore pour l'instant à quel point ils sont efficaces pour prévenir la violence sexuelle.[6]

Les données disponibles sur l'efficacité des principales stratégies de prévention sont limitées dans les pays à faible et moyen revenu (Low- and Middle-Income Countries, LMIC), et portent en majorité sur les milieux à moyen revenu par rapport aux milieux à faible revenu et sont, dans de nombreux cas, associées à l'adaptation des interventions instaurées dans les pays à revenu élevé.[7] Les stratégies prometteuses incluent les visites à domicile (par le biais de services de santé existants, de cliniques de santé ou d'interventions indépendantes) et de prestations axées sur le groupe (en milieu communautaire ou professionnel) par des paraprofessionnels ou des professionnels, avec des preuves limitées actuellement de l'efficacité de l'intervention par des non professionnels.[7]

Prévention de la récurrence

Il y a très peu de données sur ce qui fonctionne pour prévenir la récurrence de la maltraitance.[8] La thérapie d'interaction parents-enfant (PCIT), une intervention de formation en compétences comportementales, s'est avérée efficace pour prévenir la récurrence de la violence physique envers les enfants, et les programmes de sensibilisation offerts à domicile, tels que SafeCare, peuvent également apporter de légères réductions au niveau de la récurrence de la maltraitance de l'enfant en âge préscolaire.8 Il a également été démontré que le traitement multisystémique pouvait quelque peu réduire la récurrence des violences physiques subies par les enfants âgés de 10 à 17 ans.[8] Il n'y a pas de données issues d'essais contrôlés randomisés qui traitent des éléments favorables à la prévention de la récidive des autres formes de violence,[8] ou qui sont

efficaces dans les dans les pays à faible et moyen revenu.[7]

Prévention des séquelles

La recherche indique que la prévention des séquelles nécessite une évaluation approfondie de l'enfant et de la famille. Les résultats associés à la baisse des problèmes de santé mentale chez les enfants maltraités issus de pays à revenu élevé suggèrent que des interventions psychologiques, telles que la thérapie comportementale et cognitive (TCC) et la psychothérapie interpersonnelle (PIT), devraient être envisagées chez les enfants et les adolescents ayant subi des maltraitances et souffrant de troubles affectifs, et qu'une TCC axée sur les traumatismes doit être dispensée aux enfants victimes d'agressions sexuelles et souffrant de symptômes de stress post-traumatique.[5] Les bienfaits de la psychothérapie enfant-parent et de la TCC axée sur les traumatismes ont également été démontrés chez les enfants présentant des symptômes de trouble de stress post-traumatique liés à la violence domestique.[5] Dans les LMIC, il n'existe aucune donnée disponible en langue anglaise provenant d'essais contrôlés aléatoires en matière de prévention du développement de troubles chez les enfants.

Pour les enfants maltraités qui doivent être retirés du domicile parental

La recherche montre que dans les pays à revenu élevé le placement en famille d'accueil d'un enfant violenté peut comporter des avantages à plusieurs égards, y compris au niveau du comportement antisocial, du retardement de l'activité sexuelle, de l'assiduité et du rendement scolaires, du comportement social et de la qualité de vie, par comparaison au maintien dans le foyer ou à la réinsertion dans le foyer après un placement en famille d'accueil. La recherche montre aussi que des soins rehaussés en placement familial peuvent mener à de meilleurs résultats sur le plan des troubles de santé mentale et physique.[4] Dans les LMIC, il n'existe aucune donnée disponible en langue anglaise provenant d'essais contrôlés aléatoires en matière d'alternatives efficaces aux soins parentaux pour les enfants maltraités.

b. Stratégies axées sur la prévention

Le Spectre de la prévention décrit sept niveaux auxquels les activités de prévention peuvent avoir lieu et dépassent les services individuels et la sensibilisation de la communauté.[9] Il encourage le déploiement de projets créatifs et efficaces portés sur la prévention, et peut aider les communautés à élaborer des activités ayant plus de possibilités de réussite, car elles complètent les forces préexistantes au sein d'une communauté.[9]

Lacunes de la recherche

Il faut approfondir la recherche pour déterminer les démarches et stratégies qui peuvent servir dans une approche primaire axée sur la population (p. ex. : accessible à tous) et aussi des approches ciblées (p. ex. : groupes à risque élevé) pour prévenir la maltraitance à l'égard des enfants. Les stratégies axées sur la population incluent la réalisation de vastes changements aux systèmes juridiques en vue de mieux protéger les enfants contre l'utilisation de méthodes parentales répulsives (p. ex. : le châtiment corporel) et comprennent la mise en œuvre de programmes de soutien parental fondés sur des données probantes (p. ex. : Triple P à l'échelle de la population). Il faut poursuivre l'évaluation de la valeur d'approches ciblées, telles que le counseling fondé sur des interactions filmées, les interventions fondées sur l'attachement et la mentalisation, et la psychothérapie parents-nourrisson, qui sont toutes des méthodes d'intervention en bas âge visant à améliorer l'interaction entre parents et nourrisson ou tout-petit dans les familles à haut risque.

Il faut davantage d'études de suivi à long terme, notamment sur les interventions qui ont lieu dans les trois premières années de vie d'un enfant et sur les démarches faisant appel à plusieurs méthodes et sources pour évaluer la maltraitance.[10] Il faut aussi poursuivre les recherches sur les démarches susceptibles d'être bénéfiques pour prévenir la récurrence et les séquelles, un domaine où les données sont une fois de plus limitées. De telles recherches doivent se fonder sur les approches connues qui portent des fruits.

De plus amples recherches sont également nécessaires sur l'efficacité des programmes menés dans les LMIC, notamment le degré d'adaptation des programmes basés sur les preuves existantes dans les milieux à faibles ressources et la possibilité d'utiliser des prestataires non professionnels pour déployer de telles interventions.[7] Les autres difficultés de recherche dans ces milieux comprennent le manque de rapports plus complets, de normalisation accrue des résultats, d'utilisation de mesures validées et plus d'études menées chez des enfants plus âgés.[7] Des études complémentaires sont également nécessaires afin d'identifier les interventions visant à prévenir la récurrence et le développement de troubles chez les enfants maltraités.

Conclusions

Compte tenu de la prévalence élevée de la maltraitance et de ses conséquences sérieuses sur la vie des victimes, de leur famille et de la société en général, il est important d'identifier des méthodes efficaces de prévention et d'intervention. Malgré le peu d'études sur ce qui fonctionne

pour prévenir la maltraitance des enfants, nous avons tout de même fait beaucoup de progrès au cours des 20 dernières années pour élaborer de nouvelles démarches.

Implications pour les parents, les services et les politiques

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

Références

1. 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.
2. National MCH Center for Child Death Review. http://www.childdeathreview.org/causesCAN.htm. Accessed January 11, 2020.
3. Child Welfare Information Gateway. Long-term consequences of child abuse and neglect. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, Children's Bureau. 2013. https://homvee.acf.hhs.gov. Accessed December 20, 2018.
4. MacMillan HL, Wathen CN, Barlow J, Fergusson DM, Leventhal JM, Taussig HN. Interventions to prevent child maltreatment and associated impairment. *Lancet* 2009;373(9671):250-266.
5. Home Visiting Evidence of Effectiveness. https://homvee.acf.hhs.gov. Accessed January 11, 2020.
6. Walsh K, Zwi K, Woolfenden S, Shlonsky A. School-based education programmes for the prevention of child sexual abuse. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015;4:CD004380.
7. Knerr W, Gardner F, Cluver L. Parenting and the prevention of child maltreatment in low- and middle-income countries: A systematic review of interventions and a discussion of prevention of the risks of future violent behavior among boys. *Prevention Science* 2011;14:352-363.
8. WHO guidelines for the health sector response to child maltreatment. Technical report. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2019. https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/child-abuse-guidelines-technical-report/en/. Accessed January 11, 2020.
9. Prevention Institute. The spectrum of prevention: Developing a comprehensive approach to injury prevention. https://www.preventioninstitute.org/publications/spectrum-prevention-developing-comprehensive-approach-injury-

prevention. Published August 1999. Accessed January 11, 2020.

10. Skowron E, Reinemann DHS. Effectiveness of psychological interventions for child maltreatment: a meta-analysis. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training* 2005;42:52–71.

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

Nico Trocmé, Ph.D.

McGill Centre for Research on Children and Families, Canada

Mai 2020, 2e éd. rév.

Introduction

La maltraitance envers les enfants constitue une menace sérieuse pour leur développement sain. Il est essentiel de comprendre la portée et la gravité de la maltraitance pour développer des interventions cliniques et des politiques sociales afin de protéger les enfants à risque et de traiter les victimes. Cet article décrit l'incidence, la prévalence et la sévérité de la maltraitance envers les enfants et fournit une brève discussion des implications pour les politiques et la pratique.

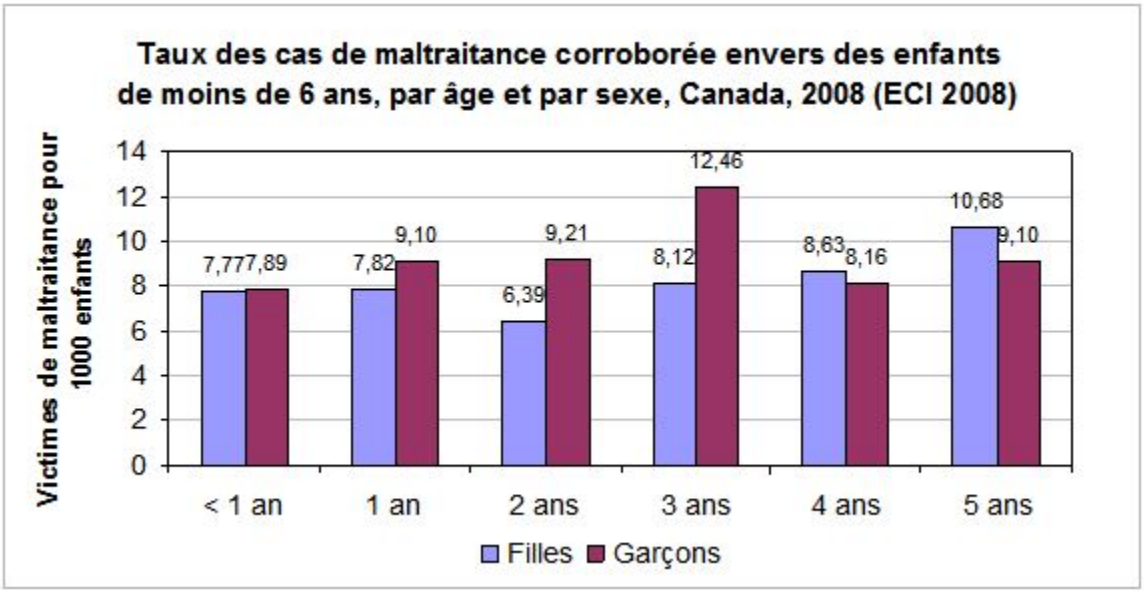
Définitions

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

Incidence annuelle

Au Canada, les statistiques sur l'incidence de la maltraitance envers les enfants sont répertoriées périodiquement dans l'Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants (EIC), qui porte sur les cas pour lesquels les organismes provinciaux et territoriaux de protection de l'enfance ont fait enquête.[1] Le cycle de 2008 de cette étude révèle qu'il y a eu quelque 235 497 enquêtes sur la maltraitance d'enfants de moins de 16 ans au Canada en 2008 et que ces enquêtes ont permis de corroborer 85 440 cas de maltraitance, soit un taux de 14,19 victimes pour 1 000 enfants.[a]

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



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

Prévalence pendant l'enfance

Les études de prévalence mesurent les taux de victimes pendant l'enfance, contrairement aux statistiques d'incidence qui mesurent les taux pendant une année donnée. Les résultats d'un sondage mené à l'échelle du Canada montrent que 32 % des personnes interrogées âgées de 18 ans et plus ont déclaré avoir subi un certain type de maltraitance pendant leur enfance, notamment sous forme de violence physique (26,1 %), de violence sexuelle (10,1 %) et d'exposition à la violence conjugale (7,9 %).[4] Les femmes sont plus susceptibles de signaler avoir été victimes de violence sexuelle par rapport aux hommes (14,4 % contre 5,8 %). Ces résultats concordent avec ceux issus de sondages menés en Ontario[5] et au Québec.[6] En particulier, dans le sondage réalisé au Québec, seulement 21,2 % des adultes indiquaient avoir communiqué leur statut de victime au cours du mois consécutif au premier événement de violence.

Blessure et décès

Les blessures physiques causées par les mauvais traitements sont relativement rares. L'EIC de 2008 a découvert que les blessures physiques étaient consignées dans 8 % des 26 339 cas de maltraitance avérée contre des enfants, de la naissance à l'âge de 5 ans. Dans la plupart des cas, il s'agissait d'ecchymoses et d'écorchures ne nécessitant pas de soins médicaux. Les chercheurs ont rapporté des blessures nécessitant des soins médicaux dans 4 % des cas d'enfants de 1 à 5 ans. Les blessures étaient généralement plus graves chez les enfants de 1 an : 8 % ont nécessité des soins médicaux et 3 % étaient des traumatismes crâniens.

La violence grave causant des blessures est particulièrement préoccupante pour les jeunes enfants à cause du risque élevé de séquelle permanente ou de décès pendant les quatre premières années de la vie. Les enfants de moins de 5 ans sont à risque plus élevé d'être tués par un parent : 50 % des enfants de moins de 17 ans qui sont tués par un membre de la famille ont moins de quatre ans.[7] Les taux d'homicides sur des enfants et des adolescents commis par un membre de la famille diminuent : le taux d'homicide lié à la famille envers les enfants et les adolescents a diminué de 18 % (de 3,4 en 2007 à 2,8 en 2017 pour une population de 1 million).[8]

Violence psychologique

La plupart des cas de maltraitance signalés aux services d'aide à l'enfance concernent les situations où l'enfant a déjà subi une certaine forme de violence psychologique ou est fortement à risque de subir de la violence psychologique. Les jeunes enfants sont particulièrement vulnérables à un ensemble d'issues négatives durables sur le plan cognitif, psychosocial et

comportemental, y compris les problèmes d'apprentissage, les problèmes avec les pairs, la dépression, l'anxiété et le comportement d'agression.[9] La maltraitance des jeunes enfants modifie la façon dont ils interprètent les interactions interpersonnelles, ce qui a un impact sur la nature de leurs relations avec les membres de leur famille et leurs pairs.[10] L'accumulation de données démontrant les effets neurobiologiques de la maltraitance, notamment la violence psychologique et la négligence, au cours de la petite enfance est particulièrement préoccupante.[11]

Tendances

La maltraitance envers les enfants est de plus en plus reconnue comme un problème de santé publique de plus en plus préoccupant. Le taux de maltraitance a augmenté de plus de 50 %, passant de 9,21 cas avérés sur 1 000 en 1998 à 14,19 en 2008.[1] Cette croissance semble attribuable principalement à l'élargissement des mandats et à la reconnaissance accrue de la maltraitance envers les enfants au sein des professionnels qui travaillent auprès d'enfants, surtout pour ce qui est du taux de négligence qui a presque doublé et du taux d'exposition à la violence conjugale qui a plus que triplé.[12,13] En revanche, les signalements d'agression sexuelle contre les enfants ont diminué de plus de 50 % entre 1998 et 2008. L'augmentation des cas d'exposition à la violence conjugale est surtout dominée par un changement remarquable de la réaction de la police, des professionnels de la santé et du personnel des écoles, qui sont responsables de presque 90 % de tous les signalements de violence familiale. La diminution des signalements d'agression sexuelle contre les enfants est plus difficile à interpréter. Bien que la baisse des signalements puisse être attribuée à une diminution du taux de victimes dans la population, certaines études démontrent que ce déclin reflète des changements au niveau des tendances de signalement et des procédures d'enquête.[14]

Implications pour les politiques et la pratique

La maltraitance envers les enfants est un problème de santé notable qui affecte plus de 85 000 enfants par an au Canada. Les enfants violentés et négligés sont à risque très élevé de développer des problèmes sociaux, affectifs et cognitifs à long terme. L'intervention auprès de ces enfants a cependant été fragmentaire. À part l'avènement universel de lois obligeant le signalement de cas dans tout le Canada, peu de programmes de traitement et de prévention ont été systématiquement élaborés pour répondre aux besoins de ces enfants. Un examen des taux de victimes révèle une population diverse, allant de cas de violence physique grave nécessitant

une réponse urgente à des cas complexes de négligence et d'exposition à la violence conjugale, où le rôle des organismes de protection de l'enfance peut avoir besoin d'être revu. Sous la pression continuelle du nombre croissant de cas, les intervenants des services de protection de l'enfance cherchent des modèles plus efficaces pour collaborer avec d'autres intervenants.[12,13]

Références

1. Trocmé N, Fallon B, MacLaurin B, Sinha V, Black T, Fast E, Holroyd J. Canadian Incidence Study of Reported Child Abuse and Neglect 2008 (CIS-2008): Major Findings. Ottawa, ON: Public Health Agency of Canada; 2010: 122.
2. U.S. Department of Health & Human Services. Child Maltreatment 2009. Washington, DC: Administration on Children, Youth and Families, Children's Bureau. 2010.
3. AIHW. Child protection Australia 2008-09. Cat. no. CWS 35. Canberra: AIHW. 2010.
4. Afifi T, MacMillan H, Boyle M, Taillieu T, Cheung K, Sareen J. Child abuse and mental disorders in Canada. *Canadian Medical Association Journal* 2014; 186(9):324-336.
5. MacMillan HL, Tanaka M, Duku E, Vaillancourt T, Boyle MH: Child physical and sexual abuse in a community sample of young adults: Results from the Ontario Child Health Survey. *Child Abuse & Neglect* 2013;37:14-21.
6. Hébert M, Tourigny M, Cyr M McDuff P, Joly J. Prevalence of childhood sexual abuse and timing of disclosure in a representative sample of adults from the province of Quebec. *Canadian Journal of Psychiatry* 2009;54:631-636.
7. Burczycka M, Conroy S. Family violence in Canada: A statistical profile, 2015. Statistics Canada. Catalogue no. 85-002-X. 2017.
8. Burczycka M, Conroy S, Savage L. Family violence in Canada: A statistical profile, 2017. Statistics Canada, Catalogue no. 85-002-X. 2018.
9. Institute of Medicine and National Research Council. New directions in child abuse and neglect research. Washington, DC: The National Academies Press; 2014.
10. Luke N, Banerjee R. Differentiated associations between childhood maltreatment experiences and social understanding: A meta-analysis and systematic review. *Developmental Review* 2013;33(1):1-28.
11. Teicher M, Samson J. Annual Research Review: Enduring neurobiological effects of childhood abuse and neglect. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2016;57(3):241-266.
12. Trocmé N, Fallon B, MacLaurin B, Chamberland C, Chabot M, Esposito T. Shifting definitions of emotional maltreatment: An analysis child welfare investigation laws and practices in Canada. *Child Abuse & Neglect* 2011; 35(10):831-840.
13. Trocmé N, Fallon B, Sinha V, VanWert M, Kozlowski A, MacLaurin B. Differentiating between child protection and family support in the Canadian child welfare system's response to intimate partner violence, corporal punishment, and child neglect. *International Journal of Psychology.* 2013;48(2):128-140.
14. Collin-Vezina D, Helie S, Trocmé N. Is child sexual abuse declining in Canada? An analysis of child welfare data. *Child abuse & Neglect* 2010;34(11):807-812.

Note :

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

Prévenir et lutter contre l’exposition des enfants à la violence conjugale

Emma Howarth, Ph.D.

The University of East London, Royaume-Uni

Avril 2021

Introduction

Partout à travers le monde, des millions d’enfants et de jeunes sont exposés à la violence conjugale (VC) impliquant un ou plusieurs de leurs parents ou gardiens. La violence conjugale est une forme de violence familiale, désignant tout comportement d’un partenaire intime ou d’un ex-partenaire qui entraîne des préjudices physiques, sexuels ou psychologiques, et comprend l’agression physique, la maltraitance psychologique et les comportements contrôlants et coercitifs. Elle peut survenir dans n’importe quelle relation, quel que soit le genre ou l’orientation sexuelle, bien que les femmes, les personnes transgenres et les personnes non binaires courent de plus grands risques de subir la violence conjugale.[1]

L’exposition des enfants à la violence conjugale entraîne des coûts humains et économiques élevés. Les enfants vivant dans des ménages violents courent un risque accru de développer des problèmes de santé physique et émotionnelle et d’avoir des résultats scolaires négatifs tout au long de leur vie.[2-4] On estime que la douleur et la souffrance éprouvées par les enfants canadiens exposés à la violence conjugale au cours d’une année (2009) équivalent à un coût économique de 235,2 millions de dollars,[5] bien que les coûts de l’impact sur les enfants soient susceptibles d’être beaucoup plus élevés si l’on tient compte de l’impact financier de l’intervention auprès des enfants et des familles. Des données plus récentes provenant des États-Unis estiment à 55 milliards de dollars les coûts à vie associés à l’exposition des enfants à la violence conjugale au cours d’une année donnée, en raison de l’augmentation des coûts due à un recours accru aux soins de santé, à l’augmentation de la criminalité et à la perte de productivité.[6]

L’ampleur et l’impact de ce problème nécessitent une réponse efficace pour les enfants et leurs familles. Une réponse globale comprend la prévention de l’apparition de la violence conjugale en premier lieu, la détection de l’exposition des enfants à la violence conjugale et une réponse précoce à cette exposition afin d’éviter qu’elle ne se reproduise, ainsi que le soutien pour limiter

ou prévenir les effets néfastes sur l'enfant une fois qu'il en a été victime.[7] Vous trouverez ci-dessous un résumé des connaissances relatives à chaque aspect de ce qui est fait pour venir en aide aux enfants, ainsi que les lacunes en matière de connaissances, de preuves et de pratiques.

Sujet

Le fait qu'un enfant sache que la personne qui s'occupe de lui et sur laquelle il compte pour sa protection et son confort est victime de violence conjugale peut être extrêmement stressant pour lui. Une telle exposition, même si elle n'est pas observée directement, est de plus en plus considérée comme une forme de maltraitance, soit comme une forme de violence psychologique, soit comme un type d'exposition distinct.[7,8] Il est important de comprendre que les enfants peuvent être exposés à la violence conjugale de nombreuses manières (par exemple, en voyant les conséquences de la violence conjugale, en étant informés de la violence conjugale par un frère ou une sœur, en subissant une diminution du rôle parental en raison de la violence conjugale). Ils n'ont pas besoin de voir ou d'entendre directement la violence conjugale pour être affectés par sa présence dans leur vie.[9–11]

Les enfants exposés à un incident de violence conjugale risquent davantage d'être exposés à plusieurs reprises au même type de violence,[12] et sont plus susceptibles de subir plusieurs types de victimisation. C'est ce qu'on appelle la poly-victimisation.[13] Une étude a révélé que parmi les enfants et les jeunes qui avaient été témoins de violence conjugale au cours de l'année écoulée, 33,9 % avaient subi d'autres types de mauvais traitements. Parmi ceux qui avaient été exposés à la VC au cours de leur enfance, plus de la moitié (56,8 %) avaient subi d'autres types de mauvais traitements. Les enfants exposés à plusieurs types de victimisation sont plus susceptibles de subir des conséquences négatives que les enfants ne subissant aucune ou une seule forme de maltraitance.[14]

Problèmes

Les enfants exposés à la violence conjugale sont 2 à 4 fois plus susceptibles de présenter des problèmes de santé mentale (SM) cliniquement significatifs.[3] Il peut s'agir notamment de symptômes d'internalisation (par exemple, l'anxiété, la dépression), de comportements d'externalisation (par exemple, l'agressivité) et de traumatismes. Bien que les problèmes ne soient pas suffisamment graves pour répondre aux critères diagnostiques d'un trouble de santé mentale, ils peuvent causer une détresse et une déficience fonctionnelle importantes pour les

enfants et jeunes, et leurs familles.[3,15] Il est bien établi que l'exposition à la violence conjugale pendant l'enfance et l'adolescence est associée à des conséquences négatives à l'âge adulte,[16] en partie dues à des difficultés d'adaptation précoces, en particulier des problèmes de comportement.[17]

Il convient de noter qu'un certain nombre d'études révèlent qu'environ 30 % des enfants font preuve de résilience à court et à moyen terme, ce qui signifie qu'ils s'adaptent avec succès face à une adversité importante.[3] Les différences dans l'adaptation des enfants peuvent s'expliquer en partie par la présence ou l'absence d'autres difficultés dans la vie des enfants, ainsi que par les forces et les ressources des enfants, des parents et de la famille.[18]

Contexte de la recherche et résultats récents

Pour éviter ou atténuer la détresse et les difficultés liées à l'exposition à la violence conjugale chez les gardiens, il est impératif de disposer d'un éventail de stratégies efficaces pour la prévenir et y répondre.

Prévention de la violence conjugale et de l'exposition des enfants à celle-ci

La manière la plus directe de prévenir les conséquences négatives de la violence conjugale pour les enfants est de prévenir ou de mettre fin à la violence elle-même.[19] À ce jour, il n'y a pas suffisamment de preuves sur la manière de prévenir la VC (et donc l'exposition des enfants à celle-ci), par exemple en ciblant les facteurs de risque au niveau de la société et de la communauté tels que l'inégalité entre les sexes et la pauvreté.[19] Il existe également peu de preuves de l'efficacité des campagnes de sensibilisation du public.[20] Certaines données suggèrent que les programmes éducatifs et axés sur les compétences visant à prévenir la victimisation des adolescents (communément appelée violence dans les fréquentations) peuvent être efficaces, en particulier les programmes qui sont dispensés dans des cadres multiples (par exemple, la communauté et l'école), qui sont de plus longue durée et qui font intervenir des adultes clés dans la vie des adolescents (par exemple, les enseignants, les dirigeants communautaires).[21] Cependant, les preuves sont équivoques et d'autres études concluent que ces interventions ont peu d'effet sur l'occurrence de la violence dans les relations, ou sur les attitudes, les connaissances ou les compétences qui peuvent être associées à la violence dans les relations.[22]

Les interventions ciblant les familles victimes ou à risque de maltraitance des enfants (par exemple, visites à domicile et programmes de soutien parental), qui incluent, mais ne ciblent pas

explicitement les familles victimes de violence conjugale, sont efficaces pour améliorer les résultats chez les enfants[7,23] bien que les bénéfices de ces interventions plus larges puissent être atténués pour les familles victimes de violence conjugale.[24,25] Les interventions de sensibilisation destinées aux victimes adultes (principalement des femmes) pour prévenir la récurrence de la violence conjugale (et donc l'exposition continue des enfants) peuvent être efficaces[26] mais les données manquent quant à l'impact de ces interventions sur les enfants de la famille.[7,27,28]

Identifier les enfants exposés à la violence conjugale

Les enfants peuvent avoir besoin d'interventions spécifiques pour les aider à se remettre de leur exposition à la violence conjugale chez les gardiens, mais doivent d'abord être identifiés comme ayant besoin d'un soutien. Les données existantes sur la meilleure façon d'identifier les enfants sont généralement peu fiables et il n'existe pas suffisamment de données permettant de démontrer si l'identification des enfants est liée à de meilleurs résultats tels que l'accès aux soins et l'amélioration du bien-être.[29] En l'absence de preuves solides, il est suggéré que les professionnels utilisent une approche de recherche de cas (plutôt que le dépistage), ce qui signifie être attentifs aux symptômes et aux signaux qu'un enfant peut être exposé à la violence conjugale et fournir une réponse initiale adaptée en fonction de la présentation de l'enfant et des considérations de sécurité.[29]

Nous avons une certaine connaissance des obstacles auxquels les parents et les professionnels sont confrontés lorsqu'ils identifient les enfants ayant été victimes de violence conjugale. Les gardiens ayant subi la violence conjugale peuvent ne pas en reconnaître l'impact sur leurs enfants ou penser que leur enfant n'était pas conscient de la violence. Ils peuvent également être réticents à demander de l'aide pour eux-mêmes ou leurs enfants par crainte de devoir faire appel aux services de protection de l'enfance et par crainte que leurs enfants ne leur soient retirés.[28] Les professionnels qui travaillent directement avec les enfants et les familles ne savent généralement pas comment réagir lorsqu'ils soupçonnent une exposition à la violence conjugale et sont particulièrement peu clairs lorsque la violence implique des préjudices émotionnels, mais pas physiques.[30–33] Les données disponibles suggèrent que les programmes de formation visant à améliorer la réponse des professionnels face aux enfants ayant été exposés à la violence conjugale peuvent améliorer les connaissances, les attitudes et les compétences cliniques des participants jusqu'à un an après l'intervention,[34] et il est recommandé de les diffuser largement.[35]

Évaluation et orientation vers un spécialiste

Si l'exposition des enfants à la violence conjugale est suspectée ou confirmée, une évaluation par un professionnel qualifié est nécessaire, après quoi l'enfant doit être orienté vers des interventions fondées sur des données probantes et faire l'objet d'un suivi ultérieur.[29] Compte tenu des variations importantes dans l'adaptation des enfants après l'exposition à la violence conjugale, il est important de procéder à une évaluation complète pour orienter les décisions sur le caractère opportun d'une intervention et, le cas échéant, sur le type d'intervention qui répondrait le mieux aux besoins de l'enfant. Bien qu'il existe un certain nombre d'instruments pour mesurer l'exposition des enfants à la violence conjugale, leur utilité dans des contextes cliniques est largement inconnue et il n'existe pas de mesure unique appropriée à tous les contextes ou groupes d'âge présentant des symptômes.[29] Lorsque l'exposition des enfants à la violence conjugale est suspectée, certaines données suggèrent que les rapports de plusieurs informateurs (par exemple, l'enfant et le parent) concernant l'exposition devraient être obtenus lorsque cela est possible.[29] Il existe de nombreuses mesures éprouvées pour évaluer la santé physique et mentale et le bien-être des enfants,[36–38] et celles-ci peuvent être utilisées pour identifier les niveaux actuels de fonctionnement et les voies d'orientation appropriées.

Intervention ciblée après l'exposition à la violence conjugale

Les études indiquent qu'un large éventail d'interventions a été développé pour améliorer les résultats en matière de santé mentale chez les enfants exposés à la violence conjugale et que celles-ci varient en termes de modèle thérapeutique, d'orientation, de format et de mode de prestation.[39–42] Les concepteurs de programmes et les chercheurs se sont principalement concentrés sur les besoins des enfants exposés à la violence conjugale en offrant des services aux enfants directement, aux mères, ou à la fois aux mères et aux enfants.[40]

Il existe peu de preuves tangibles permettant de déterminer si ces interventions sont efficaces et si elles répondent à ce que les enfants et les gardiens trouvent utile.[39,42] Dans l'ensemble, il existe relativement peu d'études qui évaluent les résultats associés à l'accès à une intervention suite à une exposition à la violence conjugale. Les preuves disponibles sont limitées par d'importantes barrières méthodologiques.[39,40,42] L'implication pratique de ceci est que les interventions sont actuellement menées sans preuves solides montrant qu'elles font une différence pour les enfants et les familles, ou qu'elles font plus de bien que de mal.

Étant donné qu'il faudra encore quelques années pour que les preuves rattrapent la pratique, quelles options les intervenants devraient-ils proposer en attendant? L'examen des études sur les

interventions montre que la psychothérapie pour les jeunes enfants, la thérapie cognitivo-comportementale axée sur les traumatismes, les interventions de groupe pour les mères et les enfants, la formation aux compétences parentales et le soutien pratique aux parents peuvent présenter certains avantages.[29,39,41] Cependant, il est important de noter que les examens, utilisant souvent les mêmes données, tirent des conclusions différentes et des études de réplication sont nécessaires avant de pouvoir tirer des conclusions plus solides.

Lacunes de la recherche

- À ce jour, la plupart des interventions qui visent à améliorer les résultats pour les enfants se concentrent sur le travail avec les individus et les familles. On a peu insisté sur l'impact des stratégies visant à améliorer les conditions aux niveaux communautaire et sociétal (par exemple, la pauvreté) qui sont associées à un risque accru de violence conjugale. Ce travail est nécessaire de toute urgence.
- La plupart des interventions visant à améliorer les résultats pour les enfants sont proposées au gardien non violent (souvent les mères) uniquement, aux enfants uniquement ou à la mère et aux enfants ensemble. Il existe peu de preuves quant à l'efficacité des interventions destinées aux gardiens qui commettent la violence conjugale, en termes d'impact sur les conséquences pour les enfants.
- La plupart des interventions ont été développées pour répondre aux enfants qui ont été victimes de violence conjugale entre parents cisgenres, et lorsque la violence a été perpétrée par un homme contre une femme. Il n'existe pas d'intervention explorant la manière de soutenir efficacement les enfants victimes de violence qui se produisent entre gardiens de diverses identités de genre ou lorsque le gardien de sexe masculin a été victime.
- Les preuves manquent sur la manière de soutenir efficacement les enfants exposés à la violence conjugale continue entre les gardiens. Souvent, ces enfants sont exclus des interventions et la violence continue n'est pas mesurée lors des interventions menées dans le cadre de la recherche, ce qui crée des lacunes dans notre compréhension.
- Comme pour les victimes adultes, on sait peu de choses sur la manière dont les résultats des traitements de santé mentale fondés sur des données probantes sont affectés lorsque la thérapie est dispensée dans le contexte d'une exposition à la violence conjugale actuelle ou passée.

Questions clés de la recherche

- Quelles interventions sont efficaces pour prévenir la violence conjugale et l'exposition des enfants à celle-ci?
- Quelles sont les stratégies les plus efficaces pour identifier les enfants qui ont été exposés à la violence conjugale?
- Quelles interventions fondées sur des données probantes sont rentables et acceptables pour prévenir ou réduire les préjudices une fois qu'un enfant a été exposé à la violence conjugale?
- Quel type de soutien est approprié et efficace pour les groupes d'enfants pour lesquels les approches d'intervention actuelles ne sont pas adaptées?

Conclusions

L'exposition des enfants à la violence conjugale est un problème majeur de santé publique qui nécessite une réponse complète fondée sur des données probantes. Les données actuelles sur l'efficacité de chaque élément de la réponse à la violence conjugale pour atténuer les conséquences négatives sur les enfants sont limitées. Il est urgent d'adopter des approches fondées sur des données probantes afin de savoir ce qui fonctionne, pour qui et dans quelles circonstances.

Implications pour les parents, les services et la politique

Les enfants qui sont exposés à la violence conjugale sont des victimes à part entière, qui peuvent subir les conséquences d'une telle exposition tout au long de leur vie. Cependant, il est important de se rappeler que les conséquences négatives ne sont pas une fatalité. Les forces des parents, des familles et des communautés au sens large peuvent protéger les enfants contre les conséquences négatives.

La prévention de l'exposition des enfants à la violence conjugale avant qu'ils ne subissent des conséquences négatives devrait être une priorité. Lorsque les interventions visent à réduire la déficience associée à la violence conjugale, elles devraient être associées à des efforts continus pour prévenir la récurrence de l'exposition des enfants à la violence. Les intervenants devraient œuvrer à renforcer le soutien aux parents survivants dans leurs efforts pour assurer la sécurité de leurs enfants, tout en reconnaissant que de nombreux parents craignent que les informations

soient communiquées aux organismes de protection de l'enfance.

Les professionnels de la santé et des services sociaux de première ligne ont besoin de formation et de soutien pour les aider à identifier les enfants susceptibles d'être exposés à la violence conjugale dans leur famille ou qui présentent des séquelles d'une exposition passée (voir : https://vegaproject.mcmaster.ca/). Les programmes destinés aux enfants touchés par la violence conjugale devraient être une priorité pour les services de santé mentale. Il est essentiel de veiller à ce que les services d'aide aux enfants et aux familles victimes de la violence conjugale soient disponibles, accessibles et évalués afin d'en déterminer l'efficacité.[43,44]

Références

1. VEGA Project. *Intimate partner violence systematic review summary.* Hamilton, ON: McMaster University; 2016. Available at: https://vegaproject.mcmaster.ca/vega-publications. Accessed August 13, 2020.
2. Finkelhor D, Turner HA, Shattuck A, Hamby SL. Prevalence of childhood exposure to violence, crime, and abuse: Results from the National Survey of Children's Exposure to Violence. *JAMA Pediatrics* 2015;169:746-754. doi:10.1001/jamapediatrics.2015.0676
3. Afifi TO, MacMillan HL, Taillieu T, Cheung K, Turner S, Tonmyr L, Hovdestad W. Relationship between child abuse exposure and reported contact with child protection organizations: Results from the Canadian Community Health Survey. *Child Abuse & Neglect* 2015;46:198-206. doi:10.1016/j.chiabu.2015.05.001
4. Evans SE, Davies C, DiLillo D. Exposure to domestic violence: A meta-analysis of child and adolescent outcomes. *Aggression and Violent Behavior* 2008;13:131-140.
5. Zhang T, Hoddenbagh J, McDonald S, Scrim K. An estimation of the economic impact of spousal violence in Canada, 2009. Ottawa: Department of Justice Canada, Research and Statistics Division; 2012.
6. Holmes MR, Richter FGC, Votruba ME, Kristen AB, Bender AE. Economic burden of child exposure to intimate partner violence in the United States. *Journal of Family Violence* 2018;33:239-249. doi:10.1007/s10896-018-9954-7
7. MacMillan HL, Wathen CN, Barlow J, Fergusson DM, Leventhal JM, Taussig HN. Interventions to prevent child maltreatment and associated impairment. *Lancet* 2009;373:250-266. doi:10.1016/S0140-6736(08)61708-0
8. Lawson J. Domestic violence as child maltreatment: Differential risks and outcomes among cases referred to child welfare agencies for domestic violence exposure. *Children and Youth Services Review* 2019;98:32-41. doi:10.1016/j.childyouth.2018.12.017
9. Holden GW. Children exposed to domestic violence and child abuse: Terminology and taxonomy. *Clinical Child and Family Psychology Review* 2003;6:151-160. doi:10.1023/A:1024906315255
10. Callaghan JEM, Alexander JH, Sixsmith J, Fellin LC. Beyond. Beyond "witnessing": Children's experiences of coercive control in domestic violence and abuse. *Journal of Interpersonal Violence* 2018;33:1551-1581. doi:10.1177/0886260515618946
11. Katz E, Nikupeteri A, Laitinen M. When coercive control continues to harm children: post-separation fathering, stalking and domestic violence. *Child Abuse Review* 2020;29:310-324. doi:10.1002/car.2611
12. Moffitt TE, Klaus-Grawe 2012 Think Tank. Childhood exposure to violence and lifelong health: clinical intervention science and stress-biology research join forces. *Development and Psychopathology* 2013;25:1619-1634. doi:10.1017/s0954579413000801

13. Finkelhor D, Ormrod RK, Turner HA. Lifetime assessment of poly-victimization in a national sample of children and youth. *Child Abuse & Neglect* 2009;33:403-411. doi:10.1016/j.chiabu.2008.09.012

14. Hamby S, Finkelhor D, Turner H, Ormrod R. The overlap of witnessing partner violence with child maltreatment and other victimizations in a nationally representative survey of youth. *Child Abuse & Neglect* 2010;34:734-741. doi:10.1016/j.chiabu.2010.03.001

15. Meltzer H, Doos L, Vostanis P, Ford T, Goodman R. The mental health of children who witness domestic violence. *Child and Family Social Work* 2009;14:491-501. doi:10.1111/j.1365-2206.2009.00633.x

16. Cui M, Durtschi JA, Donnellan MB, Lorenz FO, Conger RD. Intergenerational transmission of relationship aggression: a prospective longitudinal study. *Journal of Family Psychology* 2010;24:688-697. doi:10.1037/a0021675

17. Lussier P, Farrington DP, Moffitt TE. Is the antisocial child father of the abusive man? a 40-year prospective longitudinal study on the developmental antecedents of intimate partner violence. *Criminology* 2009;47:741-780.

18. Fogarty A, Wood CE, Giallo R, Kaufman J, Hansen M. Factors promoting emotional-behavioural resilience and adjustment in children exposed to intimate partner violence: A systematic review. *Australian Journal of Psychology* 2019;71:375-389. doi:10.1111/ajpy.12242

19. McTavish JR, MacGregor JCD, Wathen CN, MacMillan HL. Children's exposure to intimate partner violence: an overview. *International Review of Psychiatry* 2016;28:504-518. doi:10.1080/09540261.2016.1205001

20. Stanley N, Ellis J, Farrelly N, Hollinghurst S, Bailey S, Downe S. Preventing domestic abuse for children and young people (PEACH): a mixed knowledge scoping review. *Public Health Research* 2015;3.7. doi:10.3310/phr03070

21. De Koker P, Mathews C, Zuch M, Bastien S, Mason-Jones AJ. A systematic review of interventions for preventing adolescent intimate partner violence. *Journal of Adolescent Health* 2014;54:3-13. doi:10.1016/j.jadohealth.2013.08.008

22. Fellmeth GLT, Heffernan C, Nurse J, Habibula S, Sethi D. Educational and skills-based interventions for preventing relationship and dating violence in adolescents and young adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013;(6):CD004534. doi:10.1002/14651858.CD004534.pub3

23. Marie-Mitchell A, Kostolansky R. A systematic review of trials to improve child outcomes associated with adverse childhood experiences. *American Journal of Preventive Medicine* 2019;56:756-764. doi:10.1016/j.amepre.2018.11.030

24. Eckenrode J, Ganzel B, Henderson CR Jr, Smith E, Olds DL, Powers J, Cole R, Kitzman H, Sidora K. Preventing child abuse and neglect with a program of nurse home visitation: the limiting effects of domestic violence. *JAMA* 2000;284(11):1385-1391. doi:10.1001/jama.284.11.1385

25. Visser MM, Telman MD, Schipper JC De, Lamers-Winkelman F, Schuengel C, Finkenauer C. The effects of parental components in a trauma-focused cognitive behavioral based therapy for children exposed to interparental violence : study protocol for a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry* 2015;15:131. doi:10.1186/s12888-015-0533-7

26. Rivas C, Ramsay J, Sadowski L, Davidson LL, Dunne D, Eldridge S, Hegarty K, Taft A, Feder G. Advocacy interventions to reduce or eliminate violence and promote the physical and psychosocial well-being of women who experience intimate partner abuse. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015;(12):CD005043. doi:10.1002/14651858.CD005043.pub3

27. Sprague S, McKay P, Madden K, Scott T, Tikasz D, Slobogean GP, Bhandari M. Outcome measures for evaluating intimate partner violence programs within clinical settings. *Trauma, Violence & Abuse* 2016;18:508-522. doi:10.1177/1524838016641667

28. McTavish JR, Kimber M, Devries K, Colombini M, MacGregor JCD, Wathen N, MacMillan HL. Children's and caregivers' perspectives about mandatory reporting of child maltreatment: A meta-synthesis of qualitative studies. *BMJ Open* 2019;9(4):e025741. doi:10.1136/bmjopen-2018-025741

29. VEGA Project. *Children's exposure to intimate partner violence systematic review summary*. Hamilton, ON: McMaster University; 2016. Available at: https://vegaproject.mcmaster.ca/vega-publications. Accessed August 13, 2020.

30. Lewis N V, Feder GS, Howarth E, Szilassy E, McTavish JR, MacMillan HL, Wathen N. Identification and initial response to children's exposure to intimate partner violence: a qualitative synthesis of the perspectives of children, mothers and professionals. *BMJ Open* 2018;8:e019761. doi:10.1136/bmjopen-2017-019761

31. Saxton MD, Jaffe PG, Dawson M, Olszowy L, Straatman AL. Barriers to police addressing risk to children exposed to domestic violence. *Child Abuse & Neglect* 2020;106: 104554. doi:10.1016/j.chiabu.2020.104554

32. Münger A-C, Markström A-M. School and child protection services professionals' views on the school's mission and responsibilities for children living with domestic violence – Tensions and gaps. *Journal of Family Violence* 2019;34:385-398. doi:10.1007/s10896-019-00035-5

33. Szilassy E, Das J, Drinkwater J, Firth A, Hester M, Larkins C, Lewis N, Morrish J, Stanley N, Turner W, Feder G. Researching Education to Strengthen Primary care ON Domestic violence & Safeguarding (RESPONDS). Final report for the Department of Health, Policy Research Programme Project. Bristol:University of Bristol, 2015.

34. Turner W, Hester M, Broad J, Szilassy E, Feder G, Drinkwater J, Firth A, Stanley N. Interventions to improve the response of professionals to children exposed to domestic violence and abuse: a systematic review. *Child Abuse Review* 2017;26:19-39. doi:10.1002/car.2385

35. Hanson MD, Wathen N, MacMillan HL. The case for intimate partner violence education: early, essential and evidence-based. *Medical Education* 2016;50:1089-1091. doi:10.1111/medu.13164

36. Kwan B, Rickwood DJ. A systematic review of mental health outcome measures for young people aged 12 to 25 years. *BMC Psychiatry* 2015;15:279. doi:10.1186/s12888-015-0664-x

37. Bentley N, Hartley S, Bucci S. Systematic Review of Self-Report Measures of General Mental Health and Wellbeing in Adolescent Mental Health. *Clinical Child and Family Psychology Review.* 2019;22:225-252. doi:10.1007/s10567-018-00273-x

38. Sharpe H, Patalay P, Fink E, Vostanis P, Deighton J, Wolpert M. Exploring the relationship between quality of life and mental health problems in children: implications for measurement and practice. *European Child & Adolescent Psychiatry* 2015;25:659-667. doi:10.1007/s00787-015-0774-5

39. Howarth E, Moore THM, Welton NJ, Lewis N, Stanley N, MacMillan H, Shaw A, Hester M, Bryden P, Feder G. IMPRoving Outcomes for children exposed to domestic violence (IMPROVE): an evidence synthesis. *Public Health Research* 2016;4.10.

40. Rizo CF, Macy RJ, Ermentrout DM, Johns NB. A review of family interventions for intimate partner violence with a child focus or child component. *Aggression and Violent Behavior* 2011;16:144–166. doi:10.1016/j.avb.2011.02.004

41. Anderson K, van Ee E. Mothers and children exposed to intimate partner violence: a review of treatment interventions. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2018;15:1955. doi:10.3390/ijerph15091955

42. Latzman NE, Casanueva C, Brinton J, Forman-Hoffman VL. The promotion of well-being among children exposed to intimate partner violence: A systematic review of interventions. *Campbell Systematic Reviews* 2019;15:e1049. doi:10.1002/cl2.1049

43. Reif K, Jaffe P, Dawson M, Straatman AL. Provision of specialized services for children exposed to domestic violence: Barriers encountered in Violence Against Women (VAW) services. *Children and Youth Services Review* 2020;109:104684. doi:10.1016/j.childyouth.2019.104684

44. Humphreys C, Thiara RK, Skamballis A. Readiness to change: Mother-child relationship and domestic violence intervention. *British Journal of Social Work* 2011;41:166-184. doi:10.1093/bjsw/bcq046

Reconnaître la maltraitance des enfants et y faire face : un tour d'horizon

Jill McTavish, Ph.D., Harriet MacMillan, CM, M.D., M.Sc., FRCPC

Offord Centre for Child Studies, McMaster University, Hamilton, Canada

Avril 2021

Introduction

La maltraitance des enfants est un problème majeur de santé publique, susceptible d'avoir de nombreuses conséquences néfastes. Dans cette série de publications, les auteurs fournissent des aperçus concis des principales préoccupations et implications concrètes liées à la maltraitance des enfants, qu'il s'agisse de violence physique,[1] de négligence,[2] d'agression sexuelle,[3] de violence psychologique[4] ou de l'exposition à la violence conjugale.[5] Ils proposent également un aperçu de ce que nous savons au sujet de la prévention de la maltraitance des enfants et des déficiences qui en découlent,[6] ainsi qu'un résumé de l'épidémiologie de la maltraitance des enfants,[7] qui contient notamment des informations sur les taux de prévalence et d'incidence de cette dernière au Canada. Chacun des auteurs attire l'attention des lecteurs sur le caractère complexe de la maltraitance, sur l'importance d'en comprendre les risques et sur les facteurs de protection qui doivent être pris en compte afin d'éviter efficacement les actes de maltraitance et les principales implications concrètes qui découlent de certains types de maltraitance ou, le cas échéant, de faire face à ces actes et implications. En plus de fournir des aperçus d'une importance non négligeable, nous mettons en lumière des ressources pédagogiques à destination des professionnels de la santé et des services sociaux qui cherchent à repérer les enfants exposés à la maltraitance et à faire face à ces situations en toute sécurité.

Reconnaître la maltraitance

Dans chacun de ces articles, les auteurs relèvent les difficultés qui peuvent se présenter au moment de repérer les enfants qui ont fait l'objet de maltraitance. Trocmé[7] note que la présence de blessures physiques découlant de la maltraitance est relativement rare. En effet, d'après l'Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants réalisée en 2008, on ne trouve de blessures physiques que dans 8 % des 26 339 cas de maltraitance avérée impliquant des nouveau-nés et des enfants jusqu'à l'âge de 5 ans.

Chaiyachati et Christian,[1] pour leur part, expliquent qu'il est complexe de connaître les blessures exactes infligées à l'enfant en cas de maltraitance physique. Les auteurs précisent en effet que de nombreux enfants sont trop jeunes ou trop malades pour pouvoir fournir des détails sur la maltraitance qu'ils ont subie. Par ailleurs, s'ils sont suffisamment âgés, ils sont susceptibles d'être trop effrayés pour raconter ce qu'il s'est passé. De plus, les personnes qui s'occupent des enfants n'ont pas forcément connaissance des violences physiques dont ceux-ci ont fait l'objet. Elles peuvent également répugner à fournir des informations exactes si elles ont elles-mêmes causé des blessures à l'enfant, si elles ont peur de ce qui arrivera si elles révèlent ce qui s'est passé, ou si elles craignent un autre adulte qui fait usage de violence au sein du foyer. Dubowitz et Poole[2] font remarquer qu'il est difficile de reconnaître les cas de négligence envers les enfants et suggèrent de se fonder sur les lois spécifiques de chaque territoire concernant les manquements aux besoins élémentaires des enfants et les préjudices potentiels ou avérés qui en découlent. Wekerle et Smith[4] expliquent à quel point il est difficile de repérer la violence psychologique, étant donné qu'il n'existe aucun indice physique, contrairement à d'autres formes de maltraitance. Ils soulèvent également le fait que la violence psychologique accompagne souvent d'autres formes de maltraitance, et les déficiences profondes qui peuvent en découler. Bien qu'il soit difficile de reconnaître les victimes de violence psychologique, Trocmé[7] remarque que, dans la plupart des cas de violences ou de négligence signalés aux services de protection de l'enfance, les enfants subissent déjà des violences psychologiques ou connaissent un risque élevé de les subir. Collin-Vézina et Milne[3] expliquent qu'il est complexe de reconnaître les enfants ayant subi des violences sexuelles, dans la mesure où la plupart d'entre eux n'en parlent que bien plus tard ou passent cette expérience sous silence.

C'est entre autres pour ces raisons que les signaux et les symptômes de la maltraitance peuvent être difficiles à reconnaître. Par ailleurs, ils se recoupent souvent avec des manifestations d'autres sources d'inquiétude potentielles liées à l'environnement dans lequel vit l'enfant, comme la pauvreté ou une dépendance des parents à l'alcool ou à d'autres drogues. Howarth[5] fait remarquer que les différentes stratégies permettant de reconnaître les enfants exposés à la violence conjugale n'ont pas réellement fait leurs preuves et, en l'absence de données probantes, qu'il est recommandé aux professionnels d'adopter une approche axée sur le dépistage individuel plutôt que systématique. Cette approche consiste à rester à l'affût de potentiels signaux et symptômes de maltraitance, tout en réagissant de façon adéquate en fonction des inquiétudes qu'exprime l'enfant et des risques potentiels liés à sa sécurité.

Prévention et interventions

Le message que l'on peut tirer de ces différents aperçus est clair : il est nécessaire d'aborder la question de la maltraitance des enfants comme un problème de santé publique, en favorisant la prévention primaire (c'est-à-dire en évitant que la maltraitance ait lieu), en évitant que la situation se répète une fois la maltraitance repérée et en faisant le maximum pour éviter que des déficiences découlant de la maltraitance ne surviennent. Comme l'ont fait remarquer tous les auteurs, les efforts de prévention impliquent de réduire les facteurs de risque et de renforcer les facteurs de protection à tous les niveaux socioécologiques, qu'il s'agisse des facteurs de risque individuels (p. ex., les caractéristiques de l'enfant ou des parents, comme l'isolement social ou des actes de maltraitance commis par le passé), familiaux (p. ex., un manque d'attachement entre le parent et l'enfant), communautaires (p. ex., un taux de chômage élevé) ou sociétaux (p. ex., l'existence de politiques conduisant à un faible niveau de vie). Par exemple, Dubowitz et Poole[2] précisent que pour prévenir la négligence à l'égard des enfants, il faut maîtriser les facteurs de risque liés à la négligence, tels que la pauvreté et le chômage. Le fait d'avoir des opportunités d'emploi flexible peut en revanche être un facteur de protection pour les familles. Wekerle et Smith[4] expliquent qu'il est nécessaire de mettre en place des politiques afin de promouvoir la sécurité, le bien-être et le droit des enfants à vivre dans un environnement exempt de violence sous toutes ses formes. Ils suggèrent également que la mise en place de programmes centrés sur la résilience peut contribuer à atténuer les effets de la violence psychologique. Collin-Vézina et Milne[3] soulignent que le risque de violences sexuelles est plus élevé chez les filles, mais ces données peuvent être en partie expliquées par le fait que les garçons sont plus réticents à avouer qu'ils en ont été victimes. De plus, le risque de violences sexuelles s'accroît avec l'âge : en effet, c'est entre 12 et 17 ans qu'on recense le plus de victimes. Howarth[5] précise que, bien que toutes les relations puissent être source de violences conjugales, les femmes ainsi que les personnes transgenres et non binaires ont plus de risques de faire l'objet de violences conjugales.

Les efforts de prévention impliquent également de prêter attention à la coordination de la volonté politique et des services entre les différents secteurs d'activité impliqués. Chaiyachati et Christian[1] indiquent que, bien que mettre l'accent sur la prévention primaire soit une bonne idée en soi, les enfants n'ont pas vraiment les moyens de réclamer des programmes de prévention efficaces, surtout dans la mesure où « les solutions nécessitent des programmes exhaustifs en collaboration entre les services de protection de l'enfance, les forces de l'ordre, les tribunaux, le

secteur de la santé et celui de l'enseignement ». Par conséquent, les auteurs affirment que réduire l'impact de la maltraitance requiert la volonté politique d'attirer l'attention sur les efforts de prévention de la maltraitance et de la mise en place de mesures en ce sens.

Barlow[6] décrit de nombreuses limites relatives aux données actuelles sur les interventions ayant pour but d'empêcher la maltraitance et les déficiences qui en découlent. Parmi ces limites, on trouve le manque de méthodologies de recherche rigoureuses pouvant servir à évaluer l'efficacité des programmes, la grande diversité d'instruments de mesure utilisés au sein d'une même étude et dans les différentes études, la confiance excessive accordée aux autoévaluations des parents et aux mesures de substitution des résultats et, de façon générale, le manque de recherches dans les pays à faibles ou moyens revenus. Malgré ces limites, Barlow[6] met en lumière certaines initiatives prometteuses, comme le programme de Pratiques parentales positives (Triple P) et l'organisation Nurse-Family Partnership, qui œuvrent pour la prévention primaire de la maltraitance, le recours à la formation interactive parent-enfant et à l'association SafeCare pour prévenir la récurrence de la maltraitance, et l'usage de la thérapie cognitive comportementale axée sur le traumatisme pour les enfants ayant fait l'objet de violences sexuelles et présentant des symptômes associés aux troubles du stress post-traumatique.

Malgré les limites que présentent les données disponibles à l'heure actuelle, certains auteurs de la série proposent de bonnes pratiques auxquelles les professionnels de la santé et des services sociaux peuvent avoir recours pour venir en aide aux enfants et aux familles lorsqu'il y a suspicion de maltraitance ou maltraitance avérée. Par exemple, Dubowitz et Poole[2] présentent les six principes suivants, qui peuvent aider les professionnels de la santé et des services sociaux à adapter leurs services aux besoins uniques des enfants et de leur famille : « 1) dialoguer avec les personnes qui contribuent au problème, 2) tisser une relation d'entraide avec la famille, 3) établir des objectifs clairs et réalisables et mettre en place des stratégies pour atteindre ces derniers conjointement avec la famille, 4) surveiller attentivement la situation et adapter les objectifs et les stratégies au besoin, 5) prendre en compte les besoins spécifiques des enfants victimes de négligence et ceux des autres enfants du foyer, et 6) faire en sorte que les interventions soient coordonnées et que les professionnels impliqués collaborent efficacement ». En attendant que la recherche avance et propose des programmes efficaces fondés sur des données probantes afin d'empêcher la maltraitance et les déficiences qui en découlent, les bonnes pratiques présentées ci-dessus peuvent s'avérer utiles et servir de base aux professionnels de la santé et des services sociaux.

Formation à destination des professionnels de la santé et des services sociaux

Bien que les auteurs de chaque article insistent sur le fait que le meilleur moyen de venir en aide aux enfants consiste à faire en sorte que la maltraitance n'ait pas lieu (prévention primaire), les professionnels de la santé et des services sociaux ont besoin d'aide pour prendre correctement en charge les enfants qui font l'objet de maltraitance et les protéger. Grâce aux fonds de l'Agence de la santé publique au Canada, le projet VEGA[8] (Violence, Éléments factuels, Guidance, Action, voir https://vegaproject.mcmaster.ca/fr-ca/whyvegavideo) a élaboré des lignes directrices et des ressources éducatives pancanadiennes afin d'aider les professionnels de la santé et des services sociaux à reconnaître à reconnaître la violence familiale, y compris la maltraitance à l'égard des enfants, et à faire face à la situation en toute sécurité. Le projet VEGA[8] inclut une plateforme regroupant des lignes directrices fondées sur des données probantes, un cursus d'apprentissage pouvant offrir des crédits composé de modules (comme des parcours de soin, des exemples de dialogues, des vidéos didactiques), des scénarios éducatifs interactifs et un guide afin de préparer les professionnels de la santé et des services sociaux (y compris les étudiants) aux différents aspects à prendre en compte pour répondre efficacement et en toute sécurité aux besoins des personnes qui pourraient avoir vécu de la violence familiale. Les modules traitent des sujets suivants : 1) épidémiologie de la maltraitance (taux de maltraitance, définitions, conséquences sur la santé et le plan social, facteurs de risque et facteurs de protection), 2) stratégies pour créer des interactions et des environnements sûrs par l'intermédiaire de soins spécialement conçus pour les personnes victimes de traumatisme et de violence, notamment pour assurer la sécurité physique, émotionnelle et culturelle du patient, et 3) stratégies pour repérer les enfants faisant l'objet de maltraitance et faire face à la situation en toute sécurité. Les ressources éducatives élaborées dans le cadre du projet VEGA se fondent sur les résultats de revues systématiques de nombreux documents, qui ont été réalisées en collaboration avec des membres du personnel de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), en parallèle avec l'élaboration de lignes directrices concernant la maltraitance des enfants par l'OMS. En plus de contenir des informations fondées sur des données probantes, comme les principes détaillés par Dubowitz et Poole,[2] les ressources du projet VEGA renferment de nombreux principes directeurs qui s'inscrivent dans le cadre de bonnes pratiques à appliquer en cas de situation de maltraitance d'enfant. Par exemple, les ressources du projet VEGA suggèrent de s'assurer de respecter certaines conditions liées à la sécurité de l'enfant (par exemple, trouver un endroit isolé pour lui parler sans que ses parents ne soient présents) avant de lui poser des questions susceptibles de le conduire à révéler qu'il fait l'objet de maltraitance. Le

projet VEGA met également à disposition d'autres bonnes pratiques sur divers sujets, notamment les stratégies permettant de détecter la maltraitance d'un enfant, les façons de poser des questions à ce sujet en toute sécurité, les manières dont les enfants avouent qu'ils sont maltraités, les façons de gérer ces aveux en garantissant leur sécurité, les stratégies pour signaler la situation adéquatement, les principes qui régissent une évaluation complète, les éléments à prendre en compte pour documenter la situation, et bien plus.

Conclusion

Étant donné les conséquences qu'elle peut avoir sur la santé physique et mentale des individus, la maltraitance des enfants a un coût très élevé, tant sur le plan humain que financier. Les politiques mises en place devraient être axées sur la prévention de la maltraitance, ainsi que sur l'atténuation des facteurs de risque associés à cette dernière (comme la pauvreté et le chômage). Bien que les recherches sur les interventions efficaces en matière de prévention de la maltraitance et des déficiences qui en découlent soient pour l'instant limitées, il existe quelques programmes prometteurs. Même si renforcer la prévention primaire reste la priorité, le projet VEGA fournit de précieuses ressources éducatives aux professionnels de la santé et des services sociaux, afin de leur permettre de reconnaître efficacement les enfants susceptibles de faire l'objet de maltraitance et de faire face à la situation en toute sécurité.

Références

1. Chaiyachati BH, Christian CW. La violence physique à l'égard des enfants : un tour d'horizon. Dans: Tremblay RE, Boivin M, Peters RDeV, eds. MacMillan HL, éd. thème. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [en ligne]. http://www.enfant-encyclopedie.com/maltraitance-des-enfants/selon-experts/la-violence-physique-legard-des-enfants-un-tour-dhorizon. Actualisé : Mai 2019. Consulté le 26 janvier 2021.
2. Dubowitz H, Poole G. La négligence à l'égard des enfants : un tour d'horizon . Dans: Tremblay RE, Boivin M, Peters RDeV, eds. MacMillan HL, éd. thème. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [en ligne]. http://www.enfant-encyclopedie.com/maltraitance-des-enfants/selon-experts/la-negligence-legard-des-enfants-un-tour-dhorizon. Actualisé : Août 2019. Consulté le 26 janvier 2021.
3. Collin-Vézina D, Milne L. L'agression sexuelle d'enfants : un tour d'horizon. Dans: Tremblay RE, Boivin M, Peters RDeV, eds. MacMillan HL, éd. thème. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [en ligne]. http://www.enfant-encyclopedie.com/maltraitance-des-enfants/selon-experts/lagression-sexuelle-denfants-un-tour-dhorizon. Actualisé : Mai 2019. Consulté le 26 janvier 2021.
4. Wekerle C, Smith S. La violence psychologique : un tour d'horizon. Dans: Tremblay RE, Boivin M, Peters RDeV, eds. MacMillan HL, éd. thème. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [en ligne]. http://www.enfant-encyclopedie.com/maltraitance-des-enfants/selon-experts/la-violence-psychologique. Actualisé : Août 2019. Consulté le 26 janvier 2021.
5. Howarth E. Prévenir et lutter contre l'exposition des enfants à la violence conjugale. Dans: Tremblay RE, Boivin M, Peters RDeV, eds. MacMillan HL, éd. thème. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [en ligne].

http://www.enfant-encyclopedie.com/maltraitance-des-enfants/selon-experts/prevenir-et-lutter-contre-lexposition-des-enfants-la-violence. Publié : Janvier 2021. Consulté le 26 janvier 2021.

6. Barlow J. Prévention de la maltraitance des enfants et des séquelles connexes. Dans: Tremblay RE, Boivin M, Peters RDeV, eds. MacMillan HL, éd. thème. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [en ligne]. http://www.enfant-encyclopedie.com/maltraitance-des-enfants/selon-experts/prevention-de-la-maltraitance-des-enfants-et-des-sequelles. Actualisé : Janvier 2020. Consulté le 26 janvier 2021.
7. Trocmé N. Maltraitance envers les enfants et impacts sur le développement psychosocial : Épidémiologie . Dans: Tremblay RE, Boivin M, Peters RDeV, eds. MacMillan HL, éd. thème. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [en ligne]. http://www.enfant-encyclopedie.com/maltraitance-des-enfants/selon-experts/maltraitance-envers-les-enfants-et-impacts-sur-le. Actualisé : Mai 2020. Consulté le 26 janvier 2021.
8. VEGA Project. VEGA (Violence, Éléments factuels, Guidance, Action) projet relatif à la violence familiale. Hamilton, ON: McMaster University; 2019. https://vegaproject.mcmaster.ca/fr-ca/accueil. Consulté le 17 décembre 2020.