

MALTRAITANCE DES ENFANTS

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 inexplicables par l'histoire rapportée, celles qui sont multiples ou qui présentent un schéma, et celles qui atteignent plusieurs organes devraient toujours soulever des doutes. Les blessures causées par la violence envers les enfants se remarquent le plus souvent sur la peau, mais les blessures les plus graves se situent au cerveau, à l'abdomen et aux organes internes.^{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 récurrence, 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 récurrences 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 récurrences 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 abuse. *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, Michelmores 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 relevance. *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.