

CHAPITRE 3

La maltraitance des enfants et le manque de soins de la part des parents ou des tuteurs

Contexte

La littérature, les arts et les sciences parlent depuis longtemps de la maltraitance et ce, dans de nombreuses régions du monde. L'infanticide, les mutilations, les abandons et d'autres formes de violence contre les enfants existaient déjà dans les anciennes civilisations (1). L'histoire abonde également en récits sur des enfants en haillons, faibles et mal nourris, rejetés par leur famille et qui doivent se débrouiller seuls, et aussi d'enfants victimes de sévices sexuels.

Il existe depuis longtemps aussi des organismes caritatifs et autres qui se préoccupent du bien-être des enfants et qui se font les avocats de leur protection. Cependant, la profession médicale et le grand public ne se sont pas intéressés à la question de manière générale jusqu'en 1962, avec la publication d'un ouvrage précurseur intitulé *The battered child syndrome*, par Kempe et al. (2).

L'expression « syndrome de l'enfant battu » visait à décrire les manifestations cliniques de violences physiques graves chez les jeunes enfants (2). A présent, quatre décennies plus tard, il est évident que la maltraitance est un problème mondial. Elle prend diverses formes et est profondément ancrée dans les pratiques culturelles, économiques et sociales. Toutefois, pour venir à bout de ce problème mondial, il est nécessaire de bien mieux comprendre comment elle survient dans différents contextes, et de bien cerner ses causes et ses conséquences dans ces contextes.

Définition de la maltraitance des enfants et du manque de soins

Questions culturelles

Toute approche globale de la maltraitance des enfants doit tenir compte des différentes normes et attentes en ce qui concerne le comportement des parents dans les diverses cultures qui peuplent le monde. La culture est le fonds commun de croyances et de comportements d'une société, et des idées que l'on s'y fait de ce que devrait être le comportement des gens. Parmi ces concepts se trouvent des idées sur les actes omis ou commis qui peuvent constituer une maltraitance (3, 4). Autrement dit, la culture aide à définir les principes

généralement acceptés en matière d'éducation et de soin aux enfants.

Différentes cultures définissent de différentes manières ce qui constitue des pratiques parentales acceptables. D'après certains chercheurs, les opinions sur la façon d'élever les enfants divergeraient tellement d'une culture à l'autre qu'il s'avérerait très difficile d'arriver à un accord sur ce qui constitue des pratiques abusives ou négligentes (5, 6). Cependant, les différences culturelles en ce qui concerne la définition de mauvais traitements visent plus certains aspects du comportement parental. Il semble que l'on s'entende dans bien des cultures pour dire que les mauvais traitements à enfant ne devraient pas être permis et que l'on soit quasi unanimes à condamner les méthodes disciplinaires très dures et les sévices sexuels (7).

Types de maltraitance

La Société internationale pour la prévention des mauvais traitements et négligences envers les enfants a comparé dernièrement les définitions que 58 pays donnent des mauvais traitements et conclu à quelques points communs en la matière (7). En 1999, au cours de la consultation de l'OMS sur la prévention de la maltraitance de l'enfant, la définition suivante a été proposée (8) :

« La maltraitance de l'enfant s'entend de toutes les formes de mauvais traitements physiques et/ou affectifs, de sévices sexuels, de négligence ou de traitement négligent, ou d'exploitation commerciale ou autre, entraînant un préjudice réel ou potentiel pour la santé de l'enfant, sa survie, son développement ou sa dignité dans le contexte d'une relation de responsabilité, de confiance ou de pouvoir. »

Certaines définitions mettent l'accent sur les comportements ou les actes des adultes, tandis que d'autres considèrent qu'il y a mauvais traitements si l'on fait du mal à l'enfant ou que l'on menace de lui en faire (8-13). La distinction entre le comportement – indépendamment du résultat – et l'impact ou le mal fait risque d'être déroutant, si l'intention parentale entre dans la définition. Certains spécialistes considèrent que sont victimes de mauvais traitements des enfants qui souffrent par inadver-

tance des actes d'un parent, tandis que d'autres estiment qu'il faut qu'il y ait intention de faire du mal à l'enfant pour qu'il y ait mauvais traitements. Certaines études consacrées à la maltraitance incluent explicitement la violence contre les enfants dans des cadres institutionnels ou scolaires (14–17).

La définition ci-dessus (8) couvre tout un éventail de mauvais traitements. Le présent chapitre porte principalement sur les actes commis ou omis par les parents ou les tuteurs qui nuisent à l'enfant. Il se penche, plus particulièrement, sur la prévalence, les causes et les conséquences de quatre sous-types de mauvais traitements infligés aux enfants par les personnes qui en ont la charge ; à savoir :

- la violence physique ;
- la violence sexuelle ;
- la violence psychologique ;
- la négligence.

On entend par violence physique infligée aux enfants des actes commis par un tuteur qui entraînent des dommages corporels ou risquent d'en entraîner et on entend par violence sexuelle les actes que commet un tuteur sur la personne d'un enfant pour en retirer un plaisir sexuel.

On entend par violence psychologique le fait de ne pas veiller à offrir un environnement convenable et positif, et de commettre des actes qui nuisent à la santé et au développement affectifs de l'enfant. Parmi ces actes, citons le fait de limiter les mouvements d'un enfant, le dénigrement, le fait de ridiculiser, les menaces et l'intimidation, la discrimination, le rejet et d'autres formes non physiques de traitements hostiles.

La négligence, ou privation ou défaut de soins, renvoie au fait qu'un parent ne veille pas au développement de l'enfant – s'il est en position de le faire – dans un ou plusieurs des domaines suivants : santé, éducation, développement affectif, nutrition, foyer et conditions de vie sans danger. La négligence se distingue donc des situations de pauvreté en ceci qu'elle ne survient que dans les cas où la famille ou les tuteurs disposent de ressources raisonnables.

Les manifestations de ces types de maltraitance sont décrites plus en détail à l'encadré 3.1.

Ampleur du problème

Mauvais traitements entraînant la mort

Les données sur le nombre d'enfants qui meurent chaque année des suites de mauvais traitements proviennent principalement des registres des décès et des données sur la mortalité. D'après l'Organisation mondiale de la Santé, en l'an 2000, quelque 57 000 décès étaient attribués à des homicides chez les enfants de moins de 15 ans. Les estimations mondiales relatives aux homicides d'enfants donnent à penser que les nourrissons et les très jeunes enfants sont les plus exposés, le taux dans le groupe des 0 à 4 ans étant plus du double de celui du groupe des 5 à 14 ans (voir annexe statistique).

Le risque de mauvais traitements à enfant entraînant la mort varie selon le niveau de revenu du pays ou de la région. En ce qui concerne les enfants de moins de 5 ans qui vivent dans des pays à revenu élevé, le taux d'homicides est de 2 pour 100 000 pour les garçons et de 1,8 pour 100 000 pour les filles. Dans les pays à revenu faible à moyen, les taux sont deux à trois fois supérieurs – 6,1 pour 100 000 pour les garçons et 5,1 pour 100 000 pour les filles. C'est dans la Région africaine de l'OMS que les taux d'homicides sont les plus élevés en ce qui concerne les enfants de moins de 5 ans – 17,9 pour 100 000 pour les garçons et 12,7 pour 100 000 pour les filles. Et c'est dans les pays à revenu élevé des Régions Europe, Méditerranée orientale et Pacifique occidental de l'OMS qu'ils sont les plus faibles (voir annexe statistique).

Cependant, il n'y a généralement pas enquête ou autopsie après le décès de beaucoup d'enfants, d'où la difficulté de calculer précisément le nombre des décès imputables à des mauvais traitements dans un pays donné. Même dans les pays riches, on a du mal à repérer les cas d'infanticide et à en évaluer l'incidence. De nombreuses erreurs de classement par rapport à la cause de décès mentionnée sur le certificat de décès ont été relevées, par exemple, dans plusieurs Etats des Etats-Unis d'Amérique. Il s'avère souvent, après nouvelle enquête, que des décès attribués à d'autres causes – par exemple, à la mort soudaine du nourrisson ou à des accidents – sont des homicides (18, 19).

ENCADRE 3.1**Manifestations des mauvais traitements à enfants et de la privation de soins**

Les blessures infligées à un enfant par une personne en ayant la charge peuvent prendre de nombreuses formes. Des traumatismes graves ou la mort d'un enfant maltraité résultent souvent d'un traumatisme crânien ou d'une blessure aux organes internes. Les traumatismes crâniens imputables à des violences constituent la cause la plus courante de décès chez les jeunes enfants, les enfants de deux ans et moins étant les plus vulnérables. Parce que l'emploi de la force laisse des traces sur le corps, les contusions relevées sur la peau sont parfois des signes évidents de mauvais traitements. Parmi les manifestations de la maltraitance sur le squelette figurent des fractures multiples à différents stades de résorption, des fractures sur des os qui cassent rarement dans des circonstances normales et des fractures caractéristiques des côtes et des os longs.

Le nourrisson secoué

Secouer les très jeunes enfants est une forme courante de violence. La majorité des enfants secoués ont moins de neuf mois. La plupart des auteurs de ce type de violence sont de sexe masculin, encore que cela tienne peut-être plus au fait que les hommes sont, en moyenne, plus forts que les femmes et qu'ils utilisent généralement plus de force qu'elles, et pas tant au fait qu'ils ont plus tendance que les femmes à secouer les enfants. Si l'on secoue vivement un nourrisson, on risque de provoquer chez lui des hémorragies intracrâniennes, des hémorragies rétinienne et des petites fractures cunéennes des principales articulations des extrémités. Il en va de même si on le secoue et qu'il se cogne la tête sur une surface. Les données montrent que le tiers environ des nourrissons violemment secoués meurent et que la majorité de ceux qui survivent ont des séquelles à long terme, comme une arriération mentale, une infirmité motrice cérébrale ou la cécité.

L'enfant battu

Le syndrome de l'enfant battu est un des syndromes de la maltraitance. L'expression s'applique généralement à des enfants qui présentent à répétition de graves lésions de la peau, du squelette ou du système nerveux. Il s'agit notamment d'enfants chez qui l'on trouve de multiples fractures plus ou moins anciennes, des traumatismes crâniens et des lésions viscérales graves, avec des preuves de coups répétés. Ces cas sont tragiques mais, heureusement, rares.

Violence sexuelle

Il arrive que des enfants soient adressés à des professionnels parce qu'ils présentent des problèmes physiques ou de comportement qui, après enquête plus approfondie, se révèlent résulter de violence sexuelle. Il n'est pas rare que des enfants victimes de violence sexuelle manifestent des symptômes d'infection, des traumatismes de l'appareil génital, des douleurs abdominales, de la constipation, des infections urinaires chroniques ou récurrentes ou des troubles du comportement. Pour détecter des cas de violence sexuelle chez des enfants, il faut avoir de fortes suspicions et être familier des indicateurs verbaux, comportementaux et physiques de la maltraitance. Beaucoup d'enfants confieront spontanément aux personnes qui s'occupent d'eux ou à d'autres qu'ils sont victimes de violence sexuelle, mais il se peut aussi qu'il y ait des signes physiques et comportementaux indirects.

Privation de soins

La négligence parentale prend de nombreuses formes. Ainsi, les parents ne se conforment pas aux recommandations en matière de soins de santé, ils ne font pas soigner l'enfant, ils le privent de nourriture, provoquant chez lui la faim, et ils ne veillent pas à son épanouissement physique. Il arrive aussi qu'ils l'exposent à la drogue et qu'ils le protègent mal des dangers environnementaux. De plus, l'abandon, une supervision insuffisante, une mauvaise hygiène et le fait d'être privé d'éducation sont tous considérés comme des preuves de négligence.

Malgré des erreurs de classement apparemment fort nombreuses, on s'entend pour dire que les mauvais traitements à enfant se révèlent mortels bien plus souvent que les dossiers officiels le suggèrent dans tous les pays où des études sur la mort des nourrissons ont été menées (20–22). Chez les victimes de maltraitance, les traumatismes crâniens, suivis par les traumatismes à l'abdomen, sont les causes les plus fréquentes de décès (18, 23, 24). La suffocation intentionnelle est également souvent citée comme cause de décès (19, 22).

Mauvais traitements n'entraînant pas la mort

Les données relatives aux mauvais traitements infligés aux enfants et à la privation de soins n'entraînant pas la mort proviennent de diverses sources, y compris les statistiques officielles, les recueils d'arrêts et les enquêtes de population. Cependant, ces sources permettent plus ou moins de décrire pleinement l'ampleur du problème.

Les statistiques officielles sont peu révélatrices des schémas de maltraitance. Cela tient en partie au fait que, dans bien des pays, aucun organisme juridique ou social n'est expressément chargé d'enregistrer des rapports de mauvais traitements à enfant et de privation de soins, et à fortiori d'y réagir (7). De plus, la définition légale et culturelle des mauvais traitements et de la privation de soins varie d'un pays à l'autre. Il semble aussi que seule une faible proportion des cas de maltraitance soient signalés aux autorités, même lorsqu'il est obligatoire de rapporter les cas de violence infligée à des enfants (25).

Des séries de cas ont été publiées dans de nombreux pays. Elles jouent un rôle important en ceci qu'elles guident dans les mesures prises localement pour lutter contre la maltraitance et qu'elles permettent de sensibiliser davantage le public et les professionnels (26–32). Les séries de cas peuvent révéler des similitudes entre les expériences de différents pays et suggérer de nouvelles hypothèses. Cependant, elles n'aident pas à calculer l'importance relative de facteurs de risque ou de protection possibles dans différents contextes culturels (33).

Les enquêtes de population sont essentielles pour déterminer l'ampleur véritable des mauvais traite-

ments à enfant n'entraînant pas la mort. Des enquêtes de ce type ont été réalisées dernièrement dans plusieurs pays, dont l'Australie, le Brésil, le Canada, le Chili, la Chine, le Costa Rica, l'Égypte, l'Éthiopie, l'Inde, l'Italie, le Mexique, la Nouvelle-Zélande, le Nicaragua, la Norvège, les Philippines, la République de Corée, la Roumanie, l'Afrique du Sud, les États-Unis et le Zimbabwe (12, 14–17, 26, 34–43).

Violence physique

Les estimations de la violence physique contre les enfants établies à partir d'enquêtes de population varient considérablement. Dans une enquête réalisée en 1995 aux États-Unis, il était demandé aux parents comment ils réprimandaient leurs enfants (12). On a calculé à partir de cette enquête que le taux de violence physique était d'environ 49 pour 1 000 enfants en tenant compte des comportements suivants : frapper l'enfant avec un objet, ailleurs que sur les fesses ; donner des coups de pied à l'enfant ; battre l'enfant ; et menacer l'enfant avec un couteau ou une arme à feu.

D'après les études dont on dispose, les taux ne sont pas inférieurs dans beaucoup d'autres pays et il se peut, en fait, qu'ils soient supérieurs aux estimations de la violence physique aux États-Unis. Dernièrement, on en est arrivé entre autres aux conclusions suivantes dans le monde :

- Dans une enquête transversale réalisée auprès d'enfants en Égypte, 37 % des enfants ont déclaré être battus ou attachés par leurs parents et 26 % ont fait état de blessures telles que des fractures, de perte de connaissance ou de handicap permanent consécutif au fait d'avoir été battu ou attaché (17).
- Dans une étude réalisée dernièrement en République de Corée, on interrogeait les parents sur leur comportement à l'égard de leurs enfants. Les deux tiers des parents ont déclaré fouetter leurs enfants et 45 % ont confirmé qu'ils les avaient frappés ou battus et qu'ils leur avaient donné des coups de pied (26).
- Il ressort d'une enquête auprès des ménages menée en Roumanie que 4,6 % des enfants déclaraient subir fréquemment des violences physiques graves, y compris être battus avec

un objet, être brûlés ou être privés de nourriture. Près de la moitié des parents roumains admettaient battre leurs enfants « régulièrement » et 16 %, les frapper avec des objets (34).

- En Ethiopie, 21 % des écoliers des villes et 64 % des écoliers des zones rurales déclaraient avoir des bleus et des bosses sur le corps à la suite de punitions parentales (14).

Des données plus comparables sont tirées du projet d'études mondiales sur la violence dans le milieu familial (World Studies of Abuse in Family Environment, WorldSAFE), qui est une étude transnationale menée en collaboration. Des enquêteurs du Chili, d'Égypte, d'Inde et des Philippines ont appliqué, dans chacun de ces pays, un protocole de base commun à des échantillons de population composés de mères afin d'arriver à des taux d'incidence comparables pour les formes de punition plus modérées et dures utilisées avec les enfants. Plus particulièrement, les chercheurs ont évalué la fréquence des comportements disciplinaires chez les parents, sans qualifier des mesures dures d'abusives, et en utilisant l'Échelle des tactiques de résolution des conflits parents-enfants (9–12, 40). D'autres données ont été recueillies de façon courante dans ces études afin de cerner les facteurs de risque et de protection.

Le tableau 3.1 présente les conclusions des quatre pays qui ont participé à cette étude sur l'incidence relative des comportements disciplinaires des parents déclarés par les intéressés. Les questions posées dans les quatre pays étaient libellées de la même façon. Les résultats sont comparés à ceux d'une enquête nationale réalisée aux États-Unis en utilisant le même instrument (12). Il est évident que les punitions parentales

TABLEAU 3.1

Taux de formes dures ou modérées de châtiments corporels dans les six mois précédents, d'après les déclarations de la mère, étude de WorldSAFE

Type de châtiment	Incidence (%)				
	Chili	Égypte	Inde ^a	Philippines	Etats-Unis
Châtiments corporels sévères					
A frappé l'enfant avec un objet (pas sur les fesses)	4	26	36	21	4
A levé des privilèges	0	2	10	6	0
A brûlé l'enfant	0	2	1	0	0
A battu l'enfant	0	25	— ^b	3	0
A menacé l'enfant avec un couteau ou une arme à feu	0	0	1	1	0
A étranglé l'enfant	0	1	2	1	0
Châtiments corporels modérés					
A fessé l'enfant (avec la main)	51	29	58	75	47
A frappé l'enfant sur les fesses (avec un objet)	18	28	23	51	21
A giflé l'enfant ou lui a donné une tape sur la tête	13	41	58	21	4
A tiré les cheveux de l'enfant	24	29	29	23	— ^b
A secoué l'enfant ^c	39	59	12	20	9
A frappé l'enfant avec les articulations de la main	12	25	28	8	— ^b
A pincé l'enfant	3	45	17	60	5
A tordu l'oreille de l'enfant	27	31	16	31	— ^b
A obligé l'enfant à s'agenouiller ou à rester dans une position inconfortable	0	6	2	4	— ^b
A mis du poivre de Cayenne dans la bouche de l'enfant	0	2	3	1	— ^b

^a Zones rurales.

^b Question non posée dans l'enquête.

^c Enfants âgés de deux ans et plus.

dures ne se limitent pas à quelques endroits ou à une seule région du monde. Les parents en Égypte, dans les zones rurales de l'Inde et aux Philippines ont souvent déclaré avoir puni leur enfant en le frappant avec un objet sur une partie du corps autre que les fesses au moins une fois au cours des six mois précédents. Ce comportement a également été rapporté au Chili et aux États-Unis, mais dans une bien moindre mesure. Des formes de violence plus graves – comme d'étouffer un enfant, de le brûler ou de le menacer avec un couteau ou une arme à feu – ont été beaucoup moins souvent signalées.

Des déclarations parentales similaires venant d'autres pays confirment que les parents recourent beaucoup aux châtiments corporels contre leurs enfants, quel que soit le pays étudié. En Italie, d'après l'Échelle des tactiques de résolution des conflits, l'incidence de violences graves était de 8 % (39). En Chine (RAS de Hong Kong), Tang estimait

le taux annuel des violences graves infligées à des enfants, d'après les déclarations des parents, à 461 pour 1 000 (43).

Une autre étude, qui compare les taux de violence contre les enfants du primaire en Chine et en République de Corée, utilise également l'Échelle des tactiques de résolution des conflits, mais en interrogeant les enfants au lieu des parents (41). En Chine, le taux de violences graves rapportées par les enfants est de 22,6 %, tandis qu'en République de Corée, il est de 51,3 %.

Des données tirées de l'étude WorldSAFE éclairent aussi au sujet des schémas de formes plus « modérées » de châtiments corporels dans différents pays (voir tableau 3.1). Tout le monde ne s'entend pas pour dire que des punitions modérées sont abusives, encore que certains professionnels et parents les jugent inacceptables. Dans ce domaine, l'étude WorldSAFE laisse entrevoir une plus grande divergence entre les sociétés et les cultures. La fessée est la mesure disciplinaire la plus courante signalée dans tous les pays, à l'exception de l'Égypte, où il est plus courant, entre autres, de secouer les enfants, de les pincer, de les gifler au visage ou de leur donner des tapes sur la tête pour les punir. Les parents des zones rurales indiennes, cependant, ont déclaré gifler leurs enfants et leur donner des tapes sur la tête aussi souvent que sur les fesses, tandis que dans d'autres pays, les parents giflent moins au visage ou donnent moins de tapes sur la tête.

Les formes de punition sévères et plus modérées ne se limitent pas à la famille et au milieu familial. Il arrive souvent que des enseignants et d'autres personnes chargées des enfants leur infligent des punitions sévères à l'école et dans d'autres établissements (voir encadré 3.2).

Violence sexuelle

Les estimations en ce qui concerne la violence sexuelle varient considérablement selon les définitions utilisées et la façon dont les informations sont recueillies. Certaines enquêtes sont menées auprès d'enfants, d'autres, d'adolescents et d'adultes interrogés sur leur enfance, et d'autres encore auprès de parents que l'on interroge sur ce que leurs enfants ont peut-être vécu. Ces trois méthodes peuvent

donner des résultats très différents. Par exemple, l'enquête susmentionnée, menée auprès des familles roumaines conclut que 0,1 % des parents reconnaissent avoir infligé des violences sexuelles à leurs enfants, alors que 9,1 % des enfants déclarent être victimes de violence sexuelle (34). Cet écart peut tenir en partie au fait que l'on a demandé aux enfants d'inclure les violences sexuelles infligées par d'autres gens que leurs parents.

Parmi les études publiées où des adultes parlent rétrospectivement de leur propre enfance, les taux de prévalence de la violence sexuelle chez les hommes vont de 1 % (44) en utilisant une définition restreinte des contacts sexuels avec recours à des pressions ou à la force, à 19 % (38) lorsqu'une définition plus générale est employée. Les taux de prévalence sur une durée de vie des violences sexuelles subies pendant l'enfance et déclarées par des femmes adultes vont de 0,9 % (45), si l'on utilise le mot viol pour définir les violences en question, à 45 % (38), si l'on emploie une définition beaucoup plus générale. Les conclusions d'études internationales réalisées depuis 1980 révèlent un taux de prévalence moyen sur la durée de vie en ce qui concerne les violences sexuelles infligées aux enfants de 20 % chez les femmes et de 5 à 10 % chez les hommes (46, 47).

Ces écarts importants dans les estimations de prévalence publiées peuvent découler de réelles différences entre les risques courants dans différentes cultures ou de différences dans la façon dont les études sont réalisées (46). En incluant les violences infligées par des pairs dans la définition des violences sexuelles infligées aux enfants, la prévalence augmente de 9 % (48) et en incluant les cas où il n'y a pas de contact physique, elle augmente de 16 % environ (49).

Violence affective et psychologique

On accorde encore moins d'attention dans le monde à la violence psychologique infligée aux enfants qu'à la violence physique et sexuelle. Les facteurs culturels semblent beaucoup influencer sur les méthodes non physiques que les parents choisissent pour réprimander leurs enfants et qui, vues sous l'angle d'autres cultures, peuvent être considérées

ENCADRE 3.2**Châtiments corporels**

Les châtiments corporels infligés aux enfants, sous forme de coups de trique ou de fouet, sont acceptés dans la plupart des pays, que ce soit légalement ou socialement. Dans beaucoup, il s'agit d'un phénomène important dans les écoles, dans d'autres institutions et dans le système pénal pour jeunes délinquants.

La Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant stipule que les Etats doivent protéger l'enfant contre « toute forme de violence physique ou mentale » pendant qu'il est sous la garde de ses parents ou d'autres personnes, et le Comité des droits de l'enfant des Nations Unies a souligné que les châtiments corporels sont incompatibles avec la Convention.

En 1979, la Suède a été le premier pays à interdire d'infliger des châtiments corporels aux enfants, sous quelque forme que ce soit. Depuis lors, dix autres Etats au moins les ont également interdits. Des cours constitutionnelles et des cours suprêmes ont rendu des décisions condamnant le recours aux châtiments corporels dans les écoles et dans le système pénal, y compris en Namibie, en Afrique du Sud, en Zambie et au Zimbabwe, et en l'an 2000, la Cour suprême israélienne a déclaré illégaux tous les châtiments corporels. La constitution éthiopienne de 1994 affirme le droit de l'enfant à ne pas subir de châtiments corporels à l'école et dans les établissements de soins. En outre, la Nouvelle-Zélande, la République de Corée, la Thaïlande et l'Ouganda ont interdit d'infliger des corrections à l'école.

Cependant, il ressort d'enquêtes que les châtiments corporels restent légaux dans au moins soixante pays pour les délinquants juvéniles et dans au moins soixante-cinq pays dans les écoles et autres établissements. Les châtiments corporels infligés à des enfants à la maison sont acceptables juridiquement dans tous les pays sauf onze. Les quelques études de prévalence existantes donnent à penser que ces châtiments restent très courants dans les pays où l'on ne s'est pas attaqué au problème de façon persistante par des réformes juridiques et par l'éducation du public.

Les châtiments corporels sont dangereux pour les enfants. A court terme, ils tuent des milliers d'enfants par an. Beaucoup d'enfants encore sont blessés et nombreux sont ceux qui en gardent des handicaps. A plus long terme, un grand nombre d'études montrent que cette pratique est un facteur important dans le développement de comportements violents et qu'elle est associée à d'autres problèmes pendant l'enfance et plus tard dans la vie.

comme préjudiciables sur le plan psychologique. Il est donc très difficile de définir la violence psychologique. En outre, ses conséquences, quelle qu'en soit la définition, varient considérablement selon le contexte et l'âge de l'enfant.

Il semble courant dans de nombreux pays que les parents crient sur les enfants. Le recours aux insultes et aux injures semble varier davantage. Dans les cinq pays de l'étude WorldSAFE, le taux d'incidence le plus faible pour ce qui est d'avoir injurié des enfants dans les six mois précédents était de 15 % (voir tableau 3.2). Cependant, la pratique consistant à menacer les enfants de les abandonner ou de les enfermer dehors variait considérablement d'un pays à l'autre. Aux Philip-

pines, par exemple, 48 % des mères déclaraient menacer leurs enfants de les abandonner pour les punir. Au Chili, seules 8 % des mères environ déclaraient recourir à des menaces.

Les données sur l'ampleur du recours à des méthodes disciplinaires non violentes et non abusives par les tuteurs de différentes cultures et régions du monde sont très rares. Les données limitées tirées du projet WorldSAFE laissent penser que la majorité des parents utilisent des méthodes disciplinaires non violentes. Cela comprend expliquer aux enfants pourquoi leur comportement était mauvais et leur dire d'arrêter, leur retirer des privilèges et utiliser d'autres méthodes non violentes pour remédier au problème de comporte-

TABLEAU 3.2

Taux de punitions verbales ou psychologiques dans les six mois précédents, d'après les déclarations de la mère, étude de WorldSAFE

Punitions verbales ou psychologiques	Incidence (%)				
	Chili	Egypte	Inde ^a	Philippines	Etats-Unis
A crié sur l'enfant	84	72	70	82	85
A insulté l'enfant	15	44	29	24	17
A traité l'enfant de tous les noms	3	51	— ^b	0	24
A refusé de parler à l'enfant	17	48	31	15	— ^b
A menacé de jeter l'enfant dehors	5	0	— ^b	26	6
A menacé l'enfant de l'abandonner	8	10	20	48	— ^b
A menacé l'enfant des mauvais esprits	12	6	20	24	— ^b
A enfermé l'enfant dehors	2	1	— ^b	12	— ^b

^a Zones rurales.

^b Question non posée pendant l'enquête.

ment (voir tableau 3.3). Ailleurs, au Costa Rica, par exemple, les parents reconnaissent recourir aux châtiments corporels pour réprimander les enfants mais en déclarant que c'est la méthode qu'ils aiment le moins (50).

Négligence

Beaucoup de chercheurs incluent la négligence ou les dommages causés par une carence de soins de la part des parents dans la définition de la violence (29, 51–53). Des situations comme la faim et la pauvreté sont parfois incluses dans la définition de la négligence. Comme les définitions varient et que les lois relatives au signalement des violences ne stipulent pas toujours que la privation de soins doit être signalée, il est difficile d'estimer l'ampleur du problème dans le monde ou de comparer réellement les taux entre pays. Peu de recherches ont été faites, par exemple, sur les divergences entre les définitions de la privation ou du défaut de soins que donnent les enfants et les parents ou d'autres tuteurs.

Au Kenya, l'abandon et la négligence sont les aspects les plus couramment cités de la maltraitance dans la communauté où l'on a posé la question (51). Dans cette étude, 21,9 % des enfants ont déclaré avoir été négligés par leurs parents. Au Canada, une étude nationale de cas signalés aux services d'aide à l'enfance conclut que, parmi les cas de négligence avérés, 19 % concernaient une négligence physique, 12 % des abandons, 11 % une négligence sur le plan de l'éducation et 48 %, des dommages corporels résultant du manque de supervision des parents (54).

Quels sont les facteurs de risque?

Divers modèles et théories ont été élaborés pour expliquer la violence familiale. Le modèle écologique décrit au chapitre 1 est le modèle explicatif le plus largement adopté. Ce modèle, appliqué aux mauvais traitements infligés aux enfants et à la privation de soins, prend en considération plusieurs facteurs, y compris les caractéristiques de l'enfant et de sa

famille, celles du tuteur ou de l'auteur de violence ou de privation, la nature de la communauté locale et le contexte économique, social et culturel (55, 56).

Les recherches limitées dans ce domaine donnent à penser que certains facteurs de risque sont assez constants d'un pays à l'autre. Il est à noter, toutefois, que ces facteurs, qui sont énumérés ci-dessous, ne sont peut-être associés que d'un point de vue statistique et qu'il n'existe pas entre eux de lien de causalité (6).

Facteurs qui rendent l'enfant plus vulnérable

Il ressort d'un certain nombre d'études, pour la plupart réalisées dans des pays développés, que certaines caractéristiques chez les enfants les exposent davantage à la violence.

Age

Un enfant est plus ou moins exposé à la violence, qu'elle soit physique ou sexuelle ou qu'elle prenne la forme de négligence, selon son âge (14, 17, 57, 58). La plupart des cas où la violence physique entraîne la mort concernent des nourrissons (18, 20, 21, 28). Dans des études sur les décès de nourrissons réalisées à Fidji, en Finlande, en Allemagne et au Sénégal, par exemple, la majorité des victimes avaient moins de 2 ans (20, 24, 28, 59).

Les jeunes enfants sont également exposés à des violences physiques n'entraînant pas la mort, encore que l'âge maximal pour ce type de violence varie d'un pays à l'autre. Par exemple, les taux de violence physique n'entraînant pas la mort sont les plus élevés chez les enfants de 3 à 6 ans en Chine, de 6 à 11 ans

TABLEAU 3.3

Taux de méthodes disciplinaires non violentes utilisées dans les six mois précédents, d'après les déclarations de la mère, étude de WorldSAFE

Punition non violente	Incidence (%)				
	Chili	Egypte	Inde ^a	Philippines	Etats-Unis
A expliqué pourquoi le comportement n'était pas bon	91	80	94	90	94
A levé des privilèges	60	27	43	3	77
A dit à l'enfant d'arrêter	88	69	— ^b	91	— ^b
A donné quelque chose à faire à l'enfant	71	43	27	66	75
A demandé à l'enfant de rester à un endroit	37	50	5	58	75

^a Zones rurales.

^b Question non posée dans l'enquête.

en Inde et de 6 à 12 ans aux Etats-Unis (11, 40, 43). En revanche, les taux de violence sexuelle ont tendance à augmenter à partir de la puberté, les taux les plus élevés concernant des adolescents (15, 47, 60). Cependant, on compte aussi de jeunes enfants parmi les victimes de violence sexuelle.

Sexe

Dans la plupart des pays, les filles risquent plus que les garçons d'être victimes d'infanticide, de violence sexuelle, de privations sur le plan de l'éducation et de la nutrition, et d'être entraînées dans la prostitution forcée (voir également chapitre 6). Les conclusions de plusieurs études internationales montrent que les taux de violence sexuelle sont de 1,5 à 3 fois supérieurs chez les filles (46). Dans le monde, plus de 130 millions d'enfants âgés de 6 à 11 ans ne sont pas scolarisés, dont 60 % de filles (61). Dans certains pays, les filles n'ont pas le droit d'aller à l'école ou on les garde à la maison, où elles aident à s'occuper de leurs frères et sœurs ou contribuent aux revenus de la famille en travaillant.

Apparemment, dans beaucoup de pays, les garçons sont davantage exposés à des châtiments corporels sévères (6, 12, 16, 40, 62). Les filles risquent plus d'être victimes d'infanticide dans bien des endroits, mais on ne sait pas très bien pourquoi les garçons font l'objet de châtiments corporels plus durs. Ce type de punition est peut-être considéré comme une préparation aux rôles et aux responsabilités de l'âge adulte, ou sans doute pense-t-on que les garçons ont besoin de plus de punitions corporelles. De toute évidence, le fossé culturel qui

sépare les sociétés en ce qui concerne le rôle des femmes et les valeurs correspondant aux garçons et aux filles pourraient expliquer beaucoup de ces différences.

Caractéristiques particulières

Les prématurés, les jumeaux et les enfants handicapés risquent plus d'être victimes de violence physique et de privation de soins (6, 53, 57, 63). Les conclusions des études sont contradictoires quant à

l'importance de l'arriération mentale en tant que facteur de risque. Il semble qu'une insuffisance pondérale à la naissance, une naissance prématurée, une maladie ou des handicaps physiques ou mentaux chez le nourrisson ou l'enfant constituent une entrave à la formation d'un attachement et de liens affectifs, ce qui fait que l'enfant est plus exposé à des violences (6). Cependant, ces caractéristiques ne semblent pas constituer des facteurs de risque de violence importants, si l'on considère d'autres risques, comme les variables parentales et sociétales (6).

Caractéristiques de la famille et des personnes s'occupant de l'enfant

La recherche a établi un lien entre certaines caractéristiques relatives à la personne qui s'occupe de l'enfant, parent ou tuteur, et des éléments du milieu familial, d'une part, et la maltraitance et le manque de soins, d'autre part. Si certains facteurs, y compris démographiques, font varier les risques, d'autres concernent les caractéristiques psychologiques et comportementales de cette personne ou les aspects du milieu familial qui risquent de compromettre l'exercice du rôle de parent et de conduire à une maltraitance.

Sexe

Le type de violence détermine en partie le sexe de son auteur. Des études réalisées en Chine, au Chili, en Finlande, en Inde et aux Etats-Unis donnent à penser que les femmes déclarent recourir plus aux châtiments corporels que les hommes (12, 40, 43, 64, 65). Au Kenya, les enfants font plus état de

violence de la part de la mère que du père (51). Cependant, les hommes sont le plus souvent les auteurs de traumatismes crâniens parfois mortels, de fractures résultant de violence et d'autres blessures entraînant la mort (66–68).

Les auteurs d'agression sexuelle contre des enfants, que la victime soit fille ou garçon, sont majoritairement des hommes dans de nombreux pays (46, 69, 70). Il ressort de bien des études que, dans plus de 90 % des cas où la victime est de sexe féminin, l'agresseur est de sexe masculin. Lorsque la victime est de sexe masculin, l'agresseur est de sexe masculin dans 63 % à 86 % des cas (46, 71, 72).

Structure et ressources familiales

Les parents maltraitants sont plus souvent jeunes, célibataires, pauvres et chômeurs, et leur niveau d'instruction est inférieur à celui des parents non maltraitants. Dans les pays en développement comme dans les pays industrialisés, les mères jeunes, célibataires et pauvres comptent parmi les parents qui risquent le plus de se montrer violents envers leurs enfants (6, 12, 65, 73). Aux États-Unis, par exemple, il est trois fois plus probable que les mères célibataires déclarent recourir à des châtiments corporels sévères que les mères de familles biparentales (12). On arrive aux mêmes conclusions en Argentine (73).

Il ressort également d'études réalisées au Bangladesh, en Colombie, au Kenya, en Italie, en Suède, en Thaïlande et au Royaume-Uni qu'un faible niveau d'instruction et des revenus qui ne suffisent pas à répondre aux besoins de la famille font augmenter le risque de violence physique à l'encontre des enfants (39, 52, 62, 67, 74–76), même si l'on note des exceptions à ce schéma dans d'autres pays (14). Il ressort d'une étude sur des familles palestiniennes que le fait de ne pas avoir assez d'argent pour satisfaire aux besoins de l'enfant est une des principales raisons données par les parents pour expliquer les violences psychologiques qu'ils infligent à leurs enfants (77).

Taille de la famille et composition du ménage

La taille de la famille peut également faire augmenter le risque de violence. Ainsi, il ressort d'une étude

menée auprès de parents au Chili que les familles comptant quatre enfants et plus risquent trois fois plus de se montrer violentes envers les enfants que lorsque les parents ont moins d'enfants (78). Cependant, la taille de la famille n'a tout simplement pas toujours d'importance. D'après des données provenant de divers pays, le risque de maltraitance augmente dans les ménages surpeuplés (17, 41, 52, 57, 74, 79). Un milieu familial instable, où la composition du ménage change souvent, des membres de la famille et d'autres personnes allant et venant, est une caractéristique fréquente des cas de privation de soins chronique (6, 57).

Personnalité et caractéristiques comportementales

Dans de nombreuses études, un lien est établi entre plusieurs caractéristiques de la personnalité et du comportement, d'une part, et les mauvais traitements infligés aux enfants et la privation de soins, d'autre part. Les parents qui risquent le plus de se montrer violents physiquement avec leurs enfants ont souvent une faible estime d'eux-mêmes, maîtrisent mal leurs impulsions, ont des problèmes de santé mentale et manifestent des comportements antisociaux (6, 67, 75, 76, 79). Les parents négligents présentent bon nombre de ces problèmes et ont parfois aussi du mal à planifier des événements importants de la vie, comme le mariage, l'arrivée d'enfants et la recherche d'un emploi. Beaucoup de ces caractéristiques, qui compromettent l'exercice du rôle de parent, sont associées à des relations sociales perturbées, à une inaptitude à affronter le stress et à une difficulté de s'adresser aux réseaux d'aide sociale (6).

Il arrive aussi que les parents maltraitants ne soient pas informés et qu'ils aient des attentes peu réalistes par rapport au développement de l'enfant (6, 57, 67, 80). Il ressort de la recherche que ces parents sont plus irrités et contrariés par les humeurs et le comportement de leurs enfants, qu'ils se montrent moins encourageants, affectueux, enjoués et sensibles avec leurs enfants, et qu'ils sont plus autoritaires et hostiles à leur égard (6, 39).

Antécédents de violence

Des études montrent également que des parents qui ont été maltraités pendant leur enfance risquent plus de maltraiter leurs propres enfants (6, 58, 67, 81, 82). Le rapport en l'occurrence est complexe, toutefois (81–83), et certaines enquêtes donnent à penser que la majorité des parents maltraitants n'ont, en fait, pas été maltraités eux-mêmes (58). Des données empiriques amènent à penser qu'il existe bien une relation, mais il se peut que l'on ait exagéré l'importance de ce facteur de risque. Il est possible que d'autres facteurs liés à la maltraitance, comme la jeunesse des parents, le stress, l'isolement, un foyer surpeuplé, la toxicomanie et la pauvreté, soient plus prédictifs.

Violence familiale

On accorde de plus en plus d'attention à la violence perpétrée par un partenaire intime et au lien qui existe avec les mauvais traitements à enfant. Des études réalisées dans des pays aussi distincts sur le plan géographique et culturel que la Chine, la Colombie, l'Égypte, l'Inde, le Mexique, les Philippines, l'Afrique du Sud et les États-Unis concluent toutes à un lien étroit entre ces deux formes de violence (6, 15, 17, 37, 40, 43, 67). Il ressort d'une étude indienne récente que l'existence de violence familiale double le risque de maltraitance (40). Parmi les victimes de maltraitance connues, 40 % ou plus déclarent également l'existence de violence au foyer (84). En fait, il se peut que le lien soit encore plus étroit que cela, car bien des organismes chargés de protéger les enfants ne collectent pas régulièrement de données sur les autres formes de violence familiale.

Autres caractéristiques

Un lien a également été établi entre le stress et l'isolement social du parent, d'une part, et les mauvais traitements infligés aux enfants et la privation de soins, d'autre part (6, 39, 57, 73, 85). Il semble que le stress résultant du changement d'emploi, de la perte de revenu, de problèmes de santé et d'autres aspects du milieu familial peuvent exacerber les conflits familiaux et faire que les membres sont moins capables d'y faire face et de

trouver un soutien. Ceux qui réussissent mieux à trouver un appui social risquent sans doute moins de maltraiter leurs enfants, même s'il existe d'autres facteurs de risque connus. Dans une étude cas-témoins réalisée à Buenos Aires, en Argentine, par exemple, les enfants qui vivaient dans une famille monoparentale risquaient beaucoup plus d'être maltraités que ceux qui vivaient dans une famille biparentale. Cependant, le risque de mauvais traitements était inférieur chez ceux qui étaient plus à même de bénéficier d'une aide sociale (73).

De nombreuses études concluent également à un lien entre les mauvais traitements à enfant et la toxicomanie (6, 37, 40, 67, 76), encore qu'il faille approfondir la recherche pour distinguer les effets indépendants de la toxicomanie de problèmes connexes de pauvreté, de surpeuplement, de troubles mentaux et de problèmes de santé associés à ce comportement.

Facteurs communautaires

Pauvreté

Beaucoup d'études réalisées dans de nombreux pays montrent qu'il existe un lien étroit entre la pauvreté et la maltraitance (6, 37, 40, 62, 86–88). Les taux de violence sont plus élevés dans les communautés où les taux de chômage sont importants et où il y a une concentration de la pauvreté (89–91). Ces communautés se caractérisent également par un roulement de population important et des logements surpeuplés. La recherche montre que la pauvreté chronique nuit aux enfants à cause de son incidence sur le comportement des parents et du peu de ressources communautaires disponibles (92). Généralement, dans les communautés où le taux de pauvreté est élevé, l'infrastructure matérielle et sociale se détériore et il y a moins de ressources et d'aménagements que dans les communautés plus riches.

Capital social

On entend par capital social le degré de cohésion et de solidarité qui existe entre les communautés (85). Les enfants de quartiers où il y a moins de « capital social » ou d'investissements sociaux semblent davantage exposés à un risque de maltraitance et ils présentent plus de problèmes

psychologiques ou de comportement (85). En revanche, il est démontré que les réseaux sociaux et les relations de voisinage ont un effet protecteur sur les enfants (4, 58, 93). Cela vaut même pour les enfants exposés à plusieurs facteurs de risque – comme la pauvreté, la violence, la toxicomanie et le faible niveau d’instruction des parents – qu’un capital social important semble protéger (85).

Facteurs sociétaux

Il semble que tout un éventail de facteurs de société influent beaucoup sur le bien-être des enfants et des familles. Parmi ces facteurs, qui ne sont pas examinés pour l’instant dans la plupart des pays comme étant des facteurs de risque de maltraitance, figurent :

- Le rôle des valeurs culturelles et des forces économiques dans les choix auxquels les familles sont confrontées et dans leurs réactions face à ces forces.
- Les inégalités liées au sexe et au revenu – facteurs présents dans d’autres types de violence et probablement liés eux aussi aux mauvais traitements à enfants.
- Les normes culturelles relatives aux rôles des hommes et des femmes, aux relations parents-enfants et au respect de la vie privée de la famille.
- Les politiques relatives à l’enfant et à la famille – comme celles concernant le congé parental, l’emploi maternel et les garderies.
- La nature et la portée des soins préventifs dispensés aux nourrissons et aux enfants, en ce qu’ils aident à repérer les cas de maltraitance.
- La solidité du régime de sécurité sociale – autrement dit, les sources de soutien qui fournissent un filet de sécurité aux enfants et aux familles.
- La nature et la portée de la protection sociale et la réaction de la justice pénale.
- Des conflits sociaux et des guerres à plus grande échelle.

Bon nombre de ces facteurs culturels et sociaux plus généraux peuvent influencer sur la capacité des parents d’élever leurs enfants, autrement dit, accentuer ou atténuer le stress associé à la vie familiale, et influencer sur les ressources dont disposent les familles.

Les conséquences de la maltraitance des enfants

Fardeau pour la santé

La mauvaise santé résultant des mauvais traitements à enfant représente une part importante du fardeau mondial de la maladie. Certaines conséquences pour la santé ont fait l’objet d’études (21, 35, 72, 94–96), mais d’autres ne retiennent l’attention que depuis peu, comme les troubles psychiatriques et les comportements suicidaires (53, 97, 98). Fait important, il est prouvé maintenant que des maladies importantes de l’adulte, comme la cardiopathie ischémique, le cancer, les affections pulmonaires chroniques, le côlon irritable et la fibromyalgie, sont liées à des violences subies dans l’enfance (99–101). Le mécanisme apparent qui explique ces résultats est l’adoption de facteurs de risque comportementaux, comme le tabagisme, l’alcoolisme, une mauvaise alimentation et le manque d’exercice. La recherche met également en évidence des conséquences directes graves et durables (21, 23, 99–103) (voir tableau 3.4).

De même, beaucoup d’études démontrent qu’il y a des dommages psychologiques à court et à long terme (35, 45, 53, 94, 97). Certains enfants présentent quelques symptômes qui ne prennent pas des proportions inquiétantes sur le plan clinique, ou bien ils atteignent des stades cliniques, mais ils ne sont pas aussi marqués que chez des enfants généralement suivis dans un contexte clinique. D’autres victimes présentent des symptômes psychiatriques graves, comme la dépression, l’angoisse, la toxicomanie, l’agressivité, la honte ou des déficiences intellectuelles. Enfin, certains enfants satisfont à tous les critères de troubles psychiatriques tels que le syndrome de stress post-traumatique, la dépression grave, des troubles anxieux et des troubles du sommeil (53, 97, 98). Ainsi, il ressort d’une étude de cohortes longitudinale récente réalisée à Christchurch, en Nouvelle-Zélande, qu’il existe un lien important entre la violence sexuelle subie pendant l’enfance et des problèmes de santé mentale tels que la dépression, les troubles anxieux et les pensées et comportements suicidaires (97).

Les manifestations physiques, comportementales et affectives de la maltraitance varient d’un

TABLEAU 3.4

Conséquences de la maltraitance pour la santé de l'enfant**Physiques**

Traumatismes à l'abdomen ou au thorax
 Lésions cérébrales
 Ecchymoses et zébrures
 Brûlures
 Lésions du système nerveux central
 Invalidité
 Fractures
 Lacérations et abrasions
 Lésions oculaires

Sexuelles et génésiques

Problèmes de santé génésique
 Dysfonctionnement sexuel
 Maladies sexuellement transmissibles, y compris le VIH/SIDA
 Grossesse non désirée

Psychologiques et comportementales

Alcoolisme et toxicomanie
 Déficience intellectuelle
 Délinquance, violence et prise de risques
 Dépression et angoisse
 Retards de développement
 Trouble de l'alimentation et du sommeil
 Sentiments de honte et de culpabilité
 Hyperactivité
 Mauvaises relations
 Mauvais résultats scolaires
 Piètre estime de soi
 Trouble de stress post-traumatique
 Troubles psychosomatiques
 Comportement suicidaire et automutilation

Autres conséquences pour la santé à plus long terme

Cancer
 Affection pulmonaire chronique
 Fibromyalgie
 Syndrome du côlon irritable
 Cardiopathie ischémique
 Maladie du foie
 Problèmes de santé génésique tels que l'infertilité

enfant à l'autre, suivant son stade de développement au moment où des mauvais traitements lui sont infligés, la gravité de ces mauvais traitements, la relation entre l'auteur des violences et l'enfant, la période de temps pendant laquelle les mauvais traitements continuent et d'autres facteurs dans l'environnement de l'enfant (6, 23, 72, 95–101).

Fardeau financier

Les coûts financiers associés aux soins à apporter aux victimes à court et à long terme représentent une part importante du fardeau général créé par les

mauvais traitements infligés aux enfants et la privation de soins. Sont compris dans le calcul des coûts directs associés aux traitements, aux consultations hospitalières et médicales et à d'autres services de santé. Tout un éventail de coûts indirects sont liés à une perte de productivité, à une invalidité, à une qualité de vie moindre et à des décès prématurés. S'ajoutent à cela les coûts supportés par la justice pénale et d'autres institutions, ce qui comprend :

- les dépenses liées à l'arrestation et aux poursuites judiciaires engagées contre les délinquants ;
- les coûts pour les organismes sociaux qui examinent les cas de maltraitance qui leur sont signalés et qui protègent les jeunes victimes ;
- les coûts associés aux foyers d'accueil ;
- les coûts pour le système éducatif ;
- les coûts pour le secteur de l'emploi dus à l'absentéisme et à une faible productivité.

Les données dont on dispose à propos de quelques pays développés montrent le fardeau financier potentiel. En 1996, aux États-Unis, on estimait à quelque 12,4 milliards de dollars américains le coût financier associé aux mauvais traitements infligés aux enfants et à la privation de soins (8). Ce chiffre comprenait des estimations de manques à gagner futurs, de coûts éducatifs et les coûts des services de santé mentale pour adultes. Au Royaume-Uni, un chiffre de près de 1,2 milliard de dollars américains a été avancé pour les seuls services sociaux et juridiques immédiats (104). Il est probable que le coût des mesures de prévention est largement inférieur à celui de la maltraitance des enfants et du manque de soins pour les personnes, les familles et la société, à court et à long terme.

Que peut-on faire pour prévenir la maltraitance des enfants et le manque de soins ?

Alors que l'on est quasi unanime à affirmer que la prévention de la maltraitance est une politique sociale importante, étonnamment peu d'études ont été faites pour déterminer l'efficacité des interventions préventives. Quelques interventions,

comme les visites à domicile, ont fait l'objet de travaux minutieux (105–107), mais beaucoup plus en la matière ne sont pas convenablement évaluées (108).

Dans leur immense majorité, les programmes mettent l'accent sur les victimes ou les auteurs de mauvais traitements infligés à des enfants ou de privation de soins. Très peu insistent sur des approches de prévention primaire destinées à empêcher la maltraitance ou le défaut de soins dès le départ. Voici une description des interventions les plus courantes.

Aide à la famille

Formation au rôle de parent

Un certain nombre d'interventions destinées à améliorer les attitudes parentales et à aider les familles ont été mises au point. Ces types de programmes visent généralement à éduquer les parents au sujet du développement de l'enfant et à les aider à mieux savoir gérer le comportement de leurs enfants. La plupart de ces programmes concernent des familles à haut risque ou des familles où il y a déjà eu de mauvais traitements, mais on estime de plus en plus qu'il peut être bénéfique d'éduquer et de former tous les parents et les futurs parents dans ce domaine. À Singapour, par exemple, l'éducation et la formation au rôle de parent commencent à l'école secondaire, avec des cours de «préparation au rôle de parent». Les élèves se familiarisent avec les soins à donner aux enfants et avec le développement de l'enfant. Ils acquièrent également une expérience directe en travaillant avec de jeunes enfants dans des garderies et des centres préscolaires (8).

Dans le cas des familles où des enfants ont déjà été maltraités, le principal objectif est d'éviter que cela se reproduise et de faire en sorte que les enfants ne pâtissent pas de la situation par ailleurs, par exemple, en développant des problèmes affectifs ou en ayant des retards de développement. Les évaluations de programmes d'éducation et de formation au rôle de parent donnent des résultats prometteurs pour ce qui est de réduire la violence chez les jeunes, mais moins d'études portent tout particulièrement sur l'incidence de ces programmes

sur les taux de mauvais traitements infligés aux enfants et de privation de soins. En fait, on se sert des résultats proximaux, comme les aptitudes et les capacités des parents, les conflits parent-enfant et la santé mentale des parents, pour mesurer l'efficacité de bon nombre d'interventions.

Par exemple, Wolfe et al. ont évalué une intervention comportementale destinée à former au rôle de parent qui était conçue expressément pour des familles considérées à risque (109). Des paires mère-enfant étaient réparties de façon aléatoire entre le groupe d'intervention et un groupe témoin. Les mères qui ont bénéficié d'une formation au rôle de parent déclaraient avoir moins rencontré de problèmes de comportement avec leurs enfants et moins de problèmes d'adaptation liés à une maltraitance éventuelle, comparé aux mères du groupe témoin. En outre, une évaluation de suivi faite par des travailleurs sociaux a montré que le risque de maltraitance était moindre chez les mères qui avaient reçu une formation au rôle de parent.

Visite à domicile et autres programmes d'aide à la famille

Les programmes de visite à domicile apportent les ressources communautaires aux familles jusque chez elles. Ce type d'intervention est considéré comme étant un des plus prometteurs en ce qui concerne la prévention d'un certain nombre de conséquences négatives, y compris la violence chez les jeunes (voir chapitre 2) et les mauvais traitements infligés aux enfants (105–107). Pendant les visites à domicile, des renseignements, un soutien et d'autres services sont offerts à la famille afin de l'aider à mieux fonctionner. Plusieurs modèles de visite à domicile ont été mis au point et étudiés. Dans certains, toutes les familles reçoivent des visites à domicile, quel que soit leur statut en matière de risque, tandis que d'autres se concentrent sur les familles à risque de violence, comme les tous nouveaux parents, les parents célibataires et les parents adolescents qui vivent dans des communautés où le taux de pauvreté est élevé.

Dans une enquête portant sur plus de 1 900 programmes de visites à domicile, Wasik & Roberts (110) en identifient 224 qui offraient des services principalement à des enfants maltraités ou privés de

soins. Dans ces programmes, le plus important était le renforcement des compétences parentales et des aptitudes des parents à assumer leur rôle, après quoi venait le soutien affectif. Les familles recevaient généralement une visite par semaine ou toutes les deux semaines, et les services étaient offerts sur une période allant de six mois à deux ans.

Le programme offert par le Parent Centre du Cap, en Afrique du Sud, est un exemple de programmes de ce type. Des visiteurs à domicile sont recrutés dans la communauté, formés par le centre et supervisés par des travailleurs sociaux professionnels. Ils se rendent une fois par mois dans les familles avant la naissance de l'enfant, toutes les semaines pendant les deux mois qui suivent la naissance, puis une fois tous les quinze jours jusqu'à l'âge de deux mois et une fois par mois jusqu'à ce que le bébé ait six mois. Ensuite, les visites continuent ou s'arrêtent, selon l'évaluation du superviseur. Il arrive que l'on oriente les familles vers d'autres organismes afin qu'elles bénéficient d'autres services, si nécessaire.

Olds et al. ont réalisé une des rares études sur les effets à long terme des visites à domicile sur la maltraitance et la privation de soins (106). Ils concluent que, pendant les quinze ans qui suivent la naissance d'un premier enfant, les femmes qui recevaient la visite d'infirmières pendant leur grossesse et les mois suivant l'accouchement risquaient moins de se livrer à des violences sur l'enfant que les femmes qui n'avaient pas bénéficié de telles visites.

Services intensifs pour la préservation de la famille

Ce type de services vise à maintenir la famille ensemble et à empêcher que les enfants soient placés en foyer d'accueil. L'intervention, qui est ciblée sur des familles où il est confirmé qu'un ou plusieurs enfants sont maltraités, est de courte durée – soit de quelques semaines à quelques mois – et intense, de dix à trente heures par semaine étant généralement consacrées à une famille en particulier, à son domicile ou dans un autre endroit que connaît l'enfant. Habituellement, toute une gamme de services est offerte, selon les besoins de la famille.

Ainsi, on lui propose diverses formes de thérapie et des services plus pratiques, comme des allocations logement temporaires.

Homebuilders, programme intensif d'éducation et d'intervention familiale à domicile en période de crise, est un exemple de ce type de programme offert aux États-Unis (111). Les familles dont un ou plusieurs enfants risquent d'être placés de façon imminente dans des foyers d'accueil, sont dirigées vers ce programme par des assistantes sociales. Pendant quatre mois, les familles bénéficient de services intensifs de la part de thérapeutes qui sont de garde 24 heures sur 24. Entre autres services offerts, et ils sont nombreux, on aide les familles à se nourrir et à se loger et on leur permet d'acquérir de nouvelles techniques.

Les évaluations de ce type d'intervention sont limitées et leurs conclusions sont assez peu convaincantes, principalement parce que les programmes offrent tout un éventail de services et que relativement peu d'études comprenaient un groupe témoin. Il semble, d'après certaines données, que les programmes destinés à préserver l'unité familiale aident à éviter d'avoir à placer des enfants, du moins à court terme. Cependant, rien ne montre guère que ce type de services intensifs et de courte durée permette de remédier au dysfonctionnement familial qui est à l'origine du problème. Une méta-analyse de plusieurs programmes intensifs de préservation de la famille conclut que ceux où les participants s'investissent beaucoup, qui utilisent une approche visant à consolider les atouts de la famille et qui comportent un volet d'aide sociale donnent de meilleurs résultats que sans ces éléments (112).

Services de santé

Dépistage par des professionnels de la santé

Les professionnels de la santé ont un rôle clé à jouer dans le repérage, le traitement et l'orientation des cas de maltraitance et de privation de soins ainsi que dans le signalement des cas suspects aux autorités compétentes. Il est essentiel de détecter rapidement les cas de maltraitance, afin de minimiser les conséquences pour l'enfant et de mettre sur pied les services nécessaires dès que possible.

Habituellement, le dépistage consiste à repérer un problème de santé avant l'apparition de signes et de symptômes. Dans le cas des mauvais traitements infligés à des enfants et de privation de soins, le dépistage peut s'avérer difficile, car il faut s'en remettre à des renseignements obtenus directement auprès de leur auteur ou d'observateurs. C'est pourquoi assez peu d'approches du dépistage sont décrites. C'est aussi pourquoi l'accent est mis essentiellement sur des outils permettant aux fournisseurs de soins de santé de reconnaître rapidement les signes de maltraitance et de manque de soins, principalement par une formation et une information renforcées.

Formation des professionnels de la santé

Des études réalisées dans divers pays montrent qu'il est nécessaire que les professionnels de la santé suivent une formation continue en matière de détection et de signalement des premiers signes et symptômes de maltraitance et de défaut de soins (113–115). En conséquence, plusieurs organismes de soins de santé ont mis sur pied des programmes de formation afin d'améliorer la détection et le signalement des mauvais traitements et du défaut de soins, et de faire en sorte que les professionnels de la santé soient plus au courant des services communautaires existants. Aux États-Unis, par exemple, l'American Medical Association et l'American Academy of Pediatrics ont rédigé des lignes directrices en matière de diagnostic et de traitement des enfants maltraités (116) et des cas de violence sexuelle (117). Dans l'État de New York, les professionnels de la santé doivent suivre un cours de deux heures sur le repérage et le signalement de la maltraitance et du défaut de soins pour pouvoir obtenir une autorisation d'exercer (118). Plusieurs pays européens, notamment, ont commencé à mettre plus l'accent sur ce type de formation pour les professionnels de la santé (7, 119–121).

Il n'est pas toujours simple, cependant, de déceler des mauvais traitements à enfant et une privation de soins (122–124). Des techniques d'entrevue et des examens physiques particuliers sont généralement nécessaires. Les professionnels de la santé doivent faire attention au fait que la

famille est présente ou à d'autres facteurs de risque qui pourraient laisser soupçonner une maltraitance.

Certains chercheurs proposent, pour maintenir un processus éducatif continu et dynamique, de mettre en place, à l'intention des professionnels de la santé, un programme de cours à la fois structuré et polyvalent correspondant à leur degré d'implication dans des cas de maltraitance (125). Ainsi, des cours de formation séparés mais regroupés seraient mis au point pour les étudiants en médecine et les médecins en formation, d'une part, et pour les personnes concernées par la maltraitance, d'autre part.

Les évaluations des programmes de formation portent principalement sur la connaissance que les professionnels de la santé ont du comportement des enfants et des signes de maltraitance. On ne connaît pas l'incidence des programmes de formation sur d'autres résultats, comme une amélioration des soins dispensés aux enfants et une meilleure orientation de ceux-ci.

Approches thérapeutiques

Les réponses apportées aux mauvais traitements à enfant et à la privation de soins dépendent de nombreux facteurs, y compris l'âge et le stade de développement de l'enfant et l'existence de facteurs de stress environnementaux. C'est pourquoi divers services thérapeutiques ont été conçus pour être utilisés au niveau individuel. Des programmes thérapeutiques ont été mis en place dans le monde entier, y compris en Argentine, en Chine (RAS de Hong), en Grèce, au Panama, dans la Fédération de Russie, au Sénégal et en Slovaquie (7).

Services d'aide aux victimes

Il ressort d'un examen de programmes de traitement pour enfants victimes de violence physique que l'approche la plus populaire est celle des garderies thérapeutiques, où l'on met l'accent sur l'amélioration des aptitudes cognitives et développementales (126). Les garderies thérapeutiques sont conseillées pour diverses situations liées à la violence, comme les troubles affectifs et comportementaux ainsi que les problèmes d'attachement et les retards cognitifs et de développement. L'approche intègre thérapie et méthodes de traitement particulières dans les

activités quotidiennes de l'enfant au centre de garderie. La plupart des programmes de ce type prévoient une thérapie et une éducation parentales.

Fantuzzo et al. (127) décrit un exemple de méthode particulière de traitement pour les enfants victimes de violence qui sont repliés sur eux-mêmes. Les enfants maltraités d'âge préscolaire qui étaient très repliés sur eux-mêmes étaient placés dans des groupes de jeu avec des enfants qui fonctionnaient mieux sur le plan social. On apprenait à ces derniers à servir d'exemples aux enfants plus repliés sur eux-mêmes et à les encourager à participer aux jeux organisés. Leur tâche consistait notamment à faire les ouvertures verbales et physiques voulues à l'intention des enfants repliés sur eux-mêmes, par exemple, en leur tendant un jouet. On a observé une amélioration du comportement social des enfants repliés sur eux-mêmes, mais les effets à long terme de cette méthode n'ont pas été évalués. La plupart des autres programmes de traitement décrits dans l'étude susmentionnée n'ont guère fait l'objet d'évaluations (126).

Quant aux violences physiques, les manifestations de violence sexuelle peuvent varier considérablement, en fonction d'un certain nombre de facteurs, comme les caractéristiques individuelles de la victime, la relation entre l'agresseur et la victime, et les circonstances des violences infligées. En conséquence, diverses interventions et méthodes de traitement ont été adoptées pour soigner les enfants victimes de violence sexuelle, y compris des thérapies individuelles, familiales et de groupe (128–131). Quelques études suggèrent que la santé mentale des victimes s'améliore à la suite des interventions, mais on dispose de bien moins de précisions sur les autres incidences positives.

Services d'aide aux enfants témoins de violence

Les services destinés aux enfants témoins de violence familiale constituent une des dernières nouveautés en matière de stratégies d'intervention (132–134). La recherche montre que le fait d'être témoin de ce type de violence a de nombreuses conséquences négatives. Par exemple, les enfants dans cette situation risquent

plus de reproduire, à l'âge adulte, des relations dysfonctionnelles dans leur propre famille.

Comme dans le cas des agressions physiques ou sexuelles directes, les enfants qui sont témoins de violence peuvent présenter différents symptômes, y compris des troubles affectifs, des troubles du comportement et des problèmes sociaux ainsi que des retards de développement sur le plan cognitif ou physique. Cependant, certains ne développent aucun problème. Étant donné ces variabilités, différentes stratégies d'intervention et méthodes de traitement ont été mises au point, en tenant compte du stade de développement de l'enfant. Les preuves de l'efficacité de ces programmes sont aujourd'hui limitées et souvent contradictoires. Ainsi, deux évaluations du même programme de thérapie de groupe de dix semaines donnent des résultats différents. Dans l'une, les enfants du groupe d'intervention étaient capables de décrire plus de techniques et de stratégies pour éviter d'être pris dans des conflits violents entre les parents et pour chercher une aide extérieure que les enfants du groupe de référence, tandis que, dans l'autre, aucune différence n'était relevée entre le groupe d'intervention et le groupe témoin (135, 136).

Services d'aide aux adultes maltraités dans leur enfance

Plusieurs études concluent à l'existence d'un lien entre une maltraitance dans l'enfance et divers problèmes, y compris la toxicomanie, les problèmes de santé mentale et l'alcoolisme (96–99, 137). De plus, il arrive que l'on n'indentifie que tardivement les personnes qui ont été victimes de violence pendant l'enfance et que les symptômes ne se déclarent que longtemps après les actes subis. C'est pourquoi l'on assiste depuis peu à une augmentation des services offerts aux adultes qui ont été victimes de violence pendant leur enfance et, plus particulièrement, des aiguillages vers des services de santé mentale. Malheureusement, peu d'évaluations ont été publiées sur l'incidence des interventions pour les adultes qui ont été victimes de mauvais traitements pendant leur enfance. La plupart des études réalisées mettaient l'accent sur les filles victimes de violence de la part de leur père (138).

Recours judiciaires et connexes

Dénonciation obligatoire et signalement volontaire

Dans divers pays, dont l'Argentine, la Finlande, Israël, le Kirghizistan, la République de Corée, le Rwanda, l'Espagne, le Sri Lanka et les États-Unis, la loi fait obligation aux professionnels de la santé de signaler les cas de maltraitance et de privation de soins présumés. Cependant, assez peu de pays se sont dotés de lois faisant obligation de signaler les cas de mauvais traitements à enfant et de défaut de soins. Il ressort d'une enquête mondiale récente que, sur les 58 pays participants, 33 ont de telles lois en vigueur et 20 ont des lois prévoyant le signalement volontaire de ces cas (7).

L'adoption de lois rendant obligatoire le signalement de cas se justifiait par l'idée qu'une détection rapide de la maltraitance aiderait à prévenir des blessures graves, à accroître la sécurité des victimes en leur épargnant d'avoir à dénoncer les sévices, et à favoriser une coordination entre les interventions des services médicaux et juridiques, entre autres.

Au Brésil, il est obligatoire de signaler les cas à un « Conseil de sauvegarde » composé de cinq membres (8). Ces derniers, qui sont élus pour un mandat de deux ans, doivent protéger par tous les moyens sociaux possibles les enfants victimes de mauvais traitements ou de défaut de soins, y compris les foyers d'accueil temporaires et l'hospitalisation. Le Conseil se charge également des aspects judiciaires de la maltraitance et de la privation de soins, comme l'engagement de poursuites contre les auteurs et le retrait de l'autorité parentale.

Les lois obligatoires peuvent aider à recueillir des données, mais on ne sait pas dans quelle mesure elles permettent de prévenir la maltraitance et la privation de soins. Les détracteurs de cette approche ont soulevé diverses questions. Ainsi, ils se demandent si des organismes sociaux à court de fonds peuvent aider l'enfant et la famille, et si, en fait, ils ne font pas plus de mal que de bien en donnant de faux espoirs (139).

Il existe différents types de système de signalement volontaire dans le monde, dans des pays tels que la Barbade, le Cameroun, la Croatie, le Japon, la Roumanie et la République-Unie de Tanzanie (7).

Aux Pays-Bas, les cas présumés de mauvais traitements à enfant peuvent être signalés à titre volontaire à deux organismes publics distincts, à savoir la Commission de protection et d'aide à l'enfance et le Cabinet médical confidentiel. Tous deux ont pour mandat de protéger les enfants contre les mauvais traitements et la privation de soins, et tous deux examinent les cas présumés de maltraitance portés à leur attention. Toutefois, ils n'offrent pas de services directs aux enfants et aux familles, mais les dirigent vers des services compétents (140).

Services de protection de l'enfance

Les organismes qui offrent des services de protection de l'enfance examinent les cas présumés de maltraitance qu'on leur signale et essaient de les corroborer. Les rapports initiaux viennent de diverses sources, y compris du personnel de santé, de la police, d'enseignants et de voisins.

Si les rapports sont avérés, le personnel des services de protection de l'enfance doit choisir un traitement approprié et décider à qui transmettre le dossier. Ces décisions sont souvent difficiles, car il faut concilier diverses exigences parfois concurrentes, comme la nécessité de protéger l'enfant et la volonté de maintenir l'unité familiale. Les services offerts aux enfants et aux familles varient donc beaucoup. Des études ont été publiées sur le processus décisionnel relatif au traitement approprié et sur ses lacunes actuelles, comme l'absence de critères uniformes et précis pour repérer les familles où les enfants risquent d'être maltraités, mais on s'est peu penché sur l'efficacité des services de protection de l'enfance pour ce qui est de faire baisser les taux de maltraitance.

Équipes chargées d'examiner les décès d'enfants

Aux États-Unis, la prise de conscience croissante des sévices graves infligés aux enfants a conduit à charger des équipes d'examiner les décès d'enfants dans de nombreux États (141). Ces équipes multidisciplinaires étudient donc les décès d'enfants en se servant des données et des ressources de la police, du ministère public, des professionnels de la santé, des services de protection de l'enfance et des médecins légistes. D'après les chercheurs, ces

équipes spécialisées ont plus de chances de détecter des signes de mauvais traitements infligés à des enfants et de privation de soins que celles qui n'ont aucune formation. Ce type d'intervention a donc pour objectif, entre autres, de répertorier les décès d'enfants avec plus de précision.

Une classification plus précise permettra sans doute d'obtenir de meilleurs résultats dans les poursuites, grâce à la meilleure qualité des éléments de preuve recueillis. Dans une analyse des données recueillies lors de l'examen de décès d'enfants dans l'Etat de Géorgie, aux Etats-Unis (142), les chercheurs ont conclu que l'examen des décès d'enfants était des plus délicats lorsque l'on enquêtait sur des décès consécutifs à de mauvais traitements et sur des cas de mort subite du nourrisson. Après examen par l'équipe chargée d'étudier les décès d'enfants, 2 % des décès survenus pendant l'année visée qui n'étaient pas classés au départ comme étant liés à des mauvais traitements ou à un défaut de soins, ont ensuite été reclassés comme décès imputables à des mauvais traitements.

Ces équipes ont aussi pour but, par leurs examens, leurs analyses et la mise en place de mesures correctives, de prévenir d'autres décès d'enfants dus à des mauvais traitements, et de promouvoir une meilleure coordination entre les divers organismes et disciplines concernés.

Politiques en matière d'arrestation et de poursuites

Les politiques en matière de justice pénale varient considérablement, car elles reflètent différents points de vue quant au rôle de l'appareil judiciaire en ce qui concerne la maltraitance. La décision d'engager des poursuites contre les auteurs présumés de violence dépend de plusieurs facteurs, y compris la gravité des mauvais traitements infligés, la solidité des preuves, le fait que l'enfant fera ou pas un témoin compétent et l'existence de solutions viables autres que des poursuites (143). Il ressort d'une étude de poursuites criminelles engagées dans des cas de violence sexuelle sur des enfants (144) que 72 % des 451 allégations portées devant la justice sur deux ans concernaient des cas probables de violence sexuelle. Cependant, des

accusations formelles n'ont été portées que dans un peu plus de la moitié de ces cas. Dans une autre étude d'allégations de violence sexuelle sur des enfants (145), le parquet a accepté 60 % des cas qui lui ont été soumis.

Traitement obligatoire des agresseurs

Beaucoup de pays recommandent l'approche qui consiste à ordonner, par la voie des tribunaux, aux auteurs de maltraitance de suivre des traitements. Cependant, les chercheurs sont partagés quant à ce qui est préférable du traitement ordonné ou de l'inscription volontaire à des programmes de traitement. L'idée d'imposer un traitement découle de la conviction qu'en l'absence de répercussions judiciaires, certains agresseurs refuseront de se faire soigner. A l'inverse, certains pensent qu'en imposant légalement à un agresseur de suivre un traitement, on risque en fait de créer chez lui une résistance à ce traitement, et que la participation volontaire des agresseurs est essentielle à la réussite des traitements.

Interventions communautaires

Les interventions communautaires se concentrent souvent sur un certain groupe de population ou bien elles ont lieu dans un cadre particulier, comme les écoles. Il arrive aussi qu'elles soient à plus grande échelle, autrement dit, qu'elles visent plusieurs segments de population, par exemple, voire toute la communauté, et qu'elles fassent appel à de nombreux secteurs.

Programmes scolaires

Les programmes scolaires destinés à prévenir les violences sexuelles à l'encontre des enfants figurent parmi les stratégies préventives les plus largement appliquées et, dans plusieurs pays, ils font partie des programmes scolaires courants. En Irlande, par exemple, le Stay Safe Primary Prevention Programme est maintenant suivi dans presque toutes les écoles primaires, avec l'appui total du Ministère de l'Education et des autorités religieuses (146).

Ces programmes visent généralement à apprendre aux enfants à reconnaître des situations dangereuses et à leur enseigner des techniques pour se protéger contre la violence. L'idée de base est que les enfants

sont maîtres de leur corps et qu'il existe différents types de contact physique. On apprend aux enfants comment dire à un adulte que quelqu'un leur demande de faire quelque chose qui les met mal à l'aise. Les programmes scolaires varient considérablement par leur contenu et leur présentation, et beaucoup font également appel aux parents ou aux personnes qui ont la charge des enfants.

Les chercheurs s'entendent pour dire que les enfants peuvent acquérir des connaissances et des techniques par rapport à la violence, mais ils se demandent s'ils retiennent ces techniques avec le temps et si elles peuvent protéger un enfant dans une situation de violence, notamment si l'agresseur est quelqu'un qu'il connaît bien et en qui il a confiance. Ainsi, il ressort d'une évaluation du programme irlandais susmentionné que les enfants qui l'ont suivi ont sensiblement amélioré leurs connaissances et leurs techniques (146). De plus, il s'est avéré lors du suivi effectué trois mois plus tard qu'ils ont conservé ces techniques.

Une méta-analyse (147) récente conclut que les programmes visant à prévenir la victimisation réussissent assez bien à apprendre aux enfants des concepts et des techniques pour se protéger contre la violence sexuelle. Il semble aussi qu'ils retiennent bien ces informations. Cependant, les auteurs déclarent que, pour prouver la réelle efficacité de ces programmes, il faudrait démontrer que les techniques apprises sont utilisées avec succès dans des situations concrètes.

Campagnes de prévention et de sensibilisation

Des campagnes de prévention et de sensibilisation générales constituent une autre approche de la maltraitance. Ces interventions reposent sur la conviction qu'en sensibilisant davantage le grand public au phénomène et en le lui faisant mieux comprendre, on parviendra à le faire reculer. Cela peut se produire directement – les agresseurs reconnaissant qu'ils se comportent de manière abusive et cherchant à se faire soigner – ou indirectement, les violences étant davantage repérées et dénoncées par les victimes ou par des tiers.

En 1991-1992, une campagne multimédia a été menée aux Pays-Bas (148, 149). L'objectif en était

d'arriver à faire davantage dénoncer la maltraitance, que ce soit par les victimes ou par des personnes en contact étroit avec les enfants, comme les enseignants. La campagne comprenait un documentaire, des courts métrages et des annonces télévisées, une émission de radio et des imprimés tels que des affiches, des autocollants, des brochures et des articles de presse. Des séances de formation régionales étaient proposées aux enseignants. Dans une évaluation de cette intervention, Hoefnagels & Baartman (149) concluent que la campagne médiatique a entraîné une augmentation du nombre de cas signalés, si l'on compare le nombre d'appels téléphoniques reçus sur la ligne nationale de l'aide à l'enfance avant et après la campagne. D'autres études sont cependant nécessaires pour connaître l'incidence de l'augmentation du nombre de cas signalés sur les taux de maltraitance et sur la santé mentale des victimes.

Interventions visant à changer les attitudes et les comportements communautaires

Une autre approche pour prévenir la maltraitance consiste à mettre sur pied des interventions coordonnées visant à changer les attitudes et les comportements communautaires et ce, dans divers secteurs. Les mesures globales prises au Kenya pour lutter contre la maltraitance en sont un exemple (voir encadré 3.3).

Au Zimbabwe, le Centre de formation et d'aide à la recherche a mis en place un programme participatif multisectoriel destiné à lutter contre la violence sexuelle à l'encontre des enfants (8). Le Centre a réuni un groupe de personnes diverses comprenant quelques professionnels des zones urbaines et rurales du pays. Des jeux de rôle, des pièces de théâtre, des tableaux et des séances de discussion ont été utilisés pour amener à exprimer les expériences et les perceptions de la violence sexuelle à l'encontre des enfants afin de réfléchir à ce que l'on pourrait faire pour détecter le problème et le prévenir.

Après cette première étape, le groupe de participants a mis sur pied deux programmes d'action. Le premier, qui était un programme scolaire préparé en collaboration avec les ministères de l'Éducation et de la Culture, couvrait la formation, le renforcement des capacités et la

ENCADRE 3.3**Prévention de la maltraitance au Kenya**

En 1996, une coalition s'est formée au Kenya afin de sensibiliser davantage le public au problème de la maltraitance et d'offrir de meilleurs services aux victimes. Une étude réalisée plus tôt dans quatre régions du pays avait montré que les mauvais traitements à enfant et la privation de soins étaient assez courants au Kenya, mais qu'aucun système d'intervention organisé n'était en place. Les premiers membres de la coalition venaient de ministères clés ainsi que d'organisations non gouvernementales ayant des programmes communautaires. Ensuite se sont joints à eux des représentants du secteur privé, de la police et de la justice ainsi que des principaux hôpitaux.

Tous les membres de la coalition ont suivi une formation sur la maltraitance. Trois groupes de travail ont été chargés de se pencher respectivement sur la formation, les interventions et la protection de l'enfance, chacun d'eux collaborant avec certains organismes publics et non gouvernementaux. Ainsi, le groupe de travail chargé de la formation a travaillé en concertation avec les ministères de l'éducation, de la santé, des affaires intérieures et du travail, et organisé des ateliers pour le personnel des écoles, les professionnels de la santé, les avocats, les travailleurs sociaux et la police. Le groupe chargé des interventions a travaillé de concert avec le Ministère de l'Information et de la Radiodiffusion et avec diverses organisations non gouvernementales afin de produire des émissions de radio et de télévision. Il a également collaboré avec la presse des régions rurales.

Fait important, les enfants eux-mêmes ont participé au projet par le biais de pièces de théâtre, de musique et de concours de rédaction. Ces derniers ont d'abord eu lieu à l'échelle locale, puis au niveau des districts, des provinces et, enfin, du pays. Ces concours font maintenant partie des activités régulières du système scolaire kenyan.

La coalition a également cherché à renforcer le signalement et la gestion des cas de maltraitance. Elle a aidé le service de l'enfance du Ministère des Affaires intérieures à créer une base de données sur les mauvais traitements à enfant et la privation de soins. Elle a aussi aidé à mettre sur pied un réseau juridique pour les enfants maltraités baptisé Children Legal Action Network. En 1998 et 1999, la coalition a organisé des conférences régionales et nationales afin de réunir des chercheurs et des intervenants spécialistes de la maltraitance.

Grâce à tous ces efforts, plus de Kenyans sont maintenant informés du problème de la maltraitance et un système a été mis en place pour répondre aux besoins des victimes et de leur famille.

rédaction de documents à l'intention des psychologues scolaires, des enseignants, du personnel administratif et des enfants. Le second était un programme juridique créé conjointement par le Ministère de la Justice et des Affaires légales et parlementaires. Ce programme, conçu pour les infirmières, les travailleurs des organisations non gouvernementales, la police et d'autres responsables de l'application de la loi, comprenait des cours de formation sur l'attitude à adopter avec les jeunes délinquants sexuels. La formation portait aussi sur la création de tribunaux soucieux des victimes pour les témoins fragiles. En outre, des lignes directrices ont été définies pour le signalement des cas.

Approches sociétales***Politiques et programmes nationaux***

La plupart des mesures de prévention de la maltraitance mettent l'accent sur les victimes et les agresseurs sans nécessairement s'attaquer aux origines du problème. D'aucuns pensent, cependant, qu'en faisant reculer la pauvreté, en relevant le niveau d'instruction, en accroissant les possibilités d'emploi et en offrant plus de services à l'enfance de meilleure qualité, on peut faire baisser considérablement les taux de maltraitance. La recherche menée dans plusieurs pays d'Europe occidentale, ainsi qu'au Canada, en Colombie et dans certaines régions d'Asie et du Pacifique, montre qu'en

proposant des programmes de grande qualité visant les jeunes enfants, on peut compenser des inégalités économiques et sociales et améliorer les résultats pour les enfants (150). On manque cependant de données qui établissent des liens directs entre ce type de programmes et un recul de la maltraitance. Généralement, les études consacrées à ces programmes évaluent des résultats tels que le développement de l'enfant et la réussite scolaire.

Les politiques relatives à la santé génésique peuvent aussi influencer indirectement sur l'ampleur de la maltraitance. D'après certains chercheurs, des politiques libérales en matière de santé génésique donnent le sentiment aux familles de mieux maîtriser leur taille, ce qui est un bien pour les femmes et les enfants. Ainsi, ces politiques confèrent plus de latitude en matière d'emploi maternel et de garderie.

Cependant, la nature et la portée de ces politiques sont également importantes. D'après certains chercheurs, les politiques qui limitent la taille des familles, comme la politique de « l'enfant unique » en Chine, ont pour effet indirect de faire baisser les taux de maltraitance (151), mais d'autres citent le nombre croissant de fillettes abandonnées dans ce pays comme preuve que ces politiques risquent, au contraire, de les faire augmenter.

Traités internationaux

En novembre 1989, l'Assemblée générale des Nations Unies a adopté la Convention relative aux droits de l'enfant. Un des principes directeurs en est que les enfants sont des personnes qui ont les mêmes droits que les adultes. Cependant, comme les enfants dépendent des adultes, leur point de vue est rarement pris en considération lorsque les gouvernements décident de politiques. Parallèlement, les enfants constituent souvent le groupe le plus vulnérable en ce qui concerne les activités gouvernementales en matière d'environnement, de conditions de vie, de soins de santé et de nutrition. La Convention relative aux droits de l'enfant énonce des normes et des obligations claires à l'intention de tous les États signataires en matière de protection des enfants.

La Convention relative aux droits de l'enfant figure parmi les conventions et les traités inter-

nationaux ratifiés par le plus grand nombre d'États. Cependant, elle ne parvient pas encore à mettre les enfants à l'abri de mauvais traitements et de privation de soins (voir encadré 3.4).

Recommandations

Les gouvernements, les chercheurs, les professionnels de la santé et les travailleurs sociaux, le corps enseignant et les professions juridiques, les organisations gouvernementales et d'autres encore qui s'intéressent à la prévention de la maltraitance des enfants et à la privation de soins doivent se pencher sur plusieurs domaines d'intervention importants.

De meilleures évaluations et un meilleur suivi

Les pouvoirs publics devraient suivre les cas de maltraitance et les conséquences néfastes. Pour cela, il peut réunir des rapports sur ces cas, procéder à des enquêtes périodiques ou utiliser d'autres méthodes appropriées, et se faire aider par les établissements d'enseignement, le système de santé et les organisations non gouvernementales. Comme dans beaucoup de pays, les professionnels ne sont pas formés sur la question et les programmes publics manquent, il ne suffira sans doute pas, la plupart du temps, de compter sur des rapports officiels pour sensibiliser davantage le public au problème de la maltraitance. Il est probable, en fait, que des enquêtes de population périodiques seront nécessaires.

De meilleurs systèmes d'intervention

Il est essentiel que des systèmes soient en place et opérationnels pour réagir en cas de maltraitance. Aux Philippines, par exemple, les hôpitaux publics et privés sont les premiers à intervenir en cas de mauvais traitements à enfant, avant la justice pénale nationale (152). De toute évidence, il est indispensable que les enfants bénéficient à toutes les étapes de services spécialisés qui se montrent sensibles à leur situation. Les enquêtes, les évaluations médicales, les soins médicaux et de santé mentale, les interventions familiales et les services juridiques doivent tous être entièrement sûrs pour les enfants et les familles concernés. Dans les pays où des sociétés d'aide à l'enfance privée offrent depuis longtemps ces services, il sera sans doute nécessaire

ENCADRE 3.4**La Convention relative aux droits de l'enfant**

La Convention relative aux droits de l'enfant reconnaît les droits de l'enfant et demande instamment qu'ils soient respectés. Plus particulièrement, l'article 19 demande que des mesures législatives, administratives, sociales et éducatives soient prises pour protéger l'enfant contre toute forme de violence, y compris les mauvais traitements et la négligence.

Il est difficile, cependant, d'évaluer précisément l'incidence de la Convention sur la maltraitance. Dans la plupart des pays, la protection des enfants contre la violence relève du droit de la famille, d'où la difficulté à obtenir des renseignements détaillés sur les progrès accomplis par les signataires de la Convention dans la prévention de la maltraitance. En outre, aucune étude mondiale n'a cherché à déterminer avec précision l'impact de la Convention sur ce type de prévention.

Cependant, la Convention a incité à engager des réformes judiciaires et à créer des organismes officiels chargés de superviser les questions touchant les enfants. En Amérique latine, continent pionnier dans le processus mondial de ratification de la Convention et dans la nécessaire réforme du droit, les parlements nationaux ont adopté des lois stipulant que les enfants doivent être protégés contre les situations présentant des risques, y compris de privation de soins, de violence et d'exploitation. En intégrant la Convention dans le droit national, les pays ont reconnu officiellement le rôle clé de la famille dans les soins à l'enfant et dans son développement. Dans le cas de la maltraitance, il en est résulté un changement, puisque l'on est passé de politiques consistant à placer en établissement les enfants maltraités à des politiques en vertu desquelles on aide plus la famille et on retire du milieu familial les auteurs de violence.

En Europe, la Pologne est un des pays qui ont intégré les dispositions de la Convention dans leur droit national. Dans ce pays, des organismes d'Etat locaux sont à présent chargés de fournir aux enfants une aide sociale, psychiatrique et juridique. En Afrique, le Ghana a également modifié son code pénal, durci les peines prévues en cas de viol et d'attentat à la pudeur, et aboli la possibilité d'amendes pour les délits avec violence sexuelle. De plus, les pouvoirs publics ont organisé des campagnes de sensibilisation sur des questions relatives aux droits de l'enfant, y compris à la maltraitance.

Toutefois, seuls quelques pays ont des dispositions juridiques qui visent toutes les formes de violence envers les enfants. En outre, l'absence de coordination entre les différents services ministériels et entre les autorités au niveau local et national, ainsi que d'autres facteurs font que, souvent, les mesures ratifiées sont appliquées de façon fragmentée. En Equateur, par exemple, un organisme national chargé de protéger les mineurs a été créé, mais le système de protection de l'enfance doit être changé avant que l'on puisse faire véritablement respecter les droits de l'enfant. Au Ghana, les réformes judiciaires n'ont qu'un effet limité, car les fonds nécessaires pour diffuser l'information et assurer la formation voulue manquent.

Les organisations non gouvernementales, qui déploient énormément d'efforts pour les droits de l'enfant, ont fait campagne pour que la Convention bénéficie de beaucoup de soutien. Dans bien des pays, dont la Gambie, le Pakistan et le Pérou, les organismes de protection de l'enfance utilisent la Convention pour justifier les appels à plus d'investissements publics dans cette protection et à une participation accrue des secteurs public et privé à la prévention de la maltraitance en général. Au Pakistan, par exemple, la Coalition pour les droits de l'enfant travaille dans la province du nord-est, où elle forme des militants locaux des droits de l'enfant et fait des recherches sur des questions telles que la maltraitance. En utilisant ses propres conclusions et le cadre juridique de la Convention, elle essaie de sensibiliser d'autres organisations communautaires à la question des mauvais traitements.

Plus de pays doivent intégrer les droits de l'enfant dans leurs politiques sociales et donner pour mandat aux administrations locales de faire respecter ces droits. Des données précises sur la violence infligée aux enfants et sur les mesures prises face à ce problème sont également nécessaires, afin que les programmes existants puissent être suivis et que de nouveaux programmes puissent être mis en place efficacement.

de ne surveiller que les soins apportés à l'enfant. Il est important, cependant, que les gouvernements garantissent la qualité et l'existence de services, et les fournissent eux-mêmes s'ils ne sont pas offerts par ailleurs.

Elaboration des politiques

Les pouvoirs publics devraient aider les organismes locaux à offrir des services de protection de l'enfance efficaces. Il se peut que de nouvelles politiques soient nécessaires pour :

- disposer d'une main-d'œuvre convenablement formée ;
- préparer des interventions faisant appel à diverses disciplines ;
- proposer d'autres solutions en matière de placement pour les enfants ;
- assurer l'accès aux ressources en matière de santé ;
- offrir des ressources aux familles.

L'attitude de la justice face aux victimes de maltraitance est un autre élément important sur lequel il faut se pencher. Certains pays ont investi pour améliorer les tribunaux pour enfants, trouver des façons de réduire au minimum la nécessité pour les enfants de témoigner et s'assurer que, lorsqu'un enfant choisit de témoigner devant un tribunal, des personnes soient présentes pour le soutenir.

De meilleures données

Dans la plupart des régions du monde, le manque de bonnes données sur l'ampleur et les conséquences de la maltraitance freine l'élaboration d'interventions appropriées. Sans bonnes données locales, il est difficile également de sensibiliser réellement à la maltraitance et de développer les compétences nécessaires pour faire face au problème dans les professions des services juridiques, sociaux et de santé. Une étude systématique de la maltraitance dans chaque pays est essentielle, et les chercheurs devraient être encouragés à utiliser les méthodes d'évaluation déjà éprouvées ailleurs, afin que des comparaisons interculturelles puissent être faites de manière utile et que l'on examine les raisons des variations entre pays.

Plus de recherche

Méthodes disciplinaires

D'autres recherches sont nécessaires pour étudier en détail les différences qui existent d'une culture à l'autre dans la définition des comportements disciplinaires acceptables. Connaître les différences culturelles en matière de discipline à l'égard des enfants peut aider tous les pays à formuler des définitions raisonnables de la maltraitance et à s'attaquer aux problèmes de divergences culturelles qui les concernent. Il est fort possible que ces différences interculturelles expliquent certaines des manifestations inhabituelles des mauvais traitements à enfant signalées dans les publications médicales (153). Certaines données précitées laissent à penser qu'il existe très probablement un consensus plus général qu'auparavant entre cultures sur les méthodes disciplinaires jugées inacceptables et abusives. Il est nécessaire, cependant, d'approfondir la recherche afin de déterminer s'il est possible de parvenir aussi à un plus large consensus en ce qui concerne les méthodes disciplinaires très dures.

Privation de soins

Il est tout à fait nécessaire également de se pencher davantage sur le problème de la privation de soins à enfant. Comme ce problème est étroitement associé à un faible niveau d'instruction et aux faibles revenus, il est important de bien savoir faire la différence entre la privation de soins infligée par les parents et les privations dues à la pauvreté.

Facteurs de risque

Beaucoup de facteurs de risque semblent jouer de la même façon dans toutes les sociétés. Cependant, certains, qui nécessitent une étude plus approfondie, dépendent apparemment de la culture. S'il semble exister un lien évident entre le risque de maltraitance et l'âge de l'enfant, les taux les plus élevés en ce qui concerne la violence physique correspondent à des âges différents d'un pays à l'autre. Ce phénomène mérite d'être étudié de plus près. En particulier, il est nécessaire de mieux comprendre en quoi les attentes parentales par rapport au comportement de l'enfant varient d'une

culture à l'autre et de savoir quel rôle les caractéristiques propres à l'enfant jouent dans la maltraitance.

D'autres facteurs ont été cités comme étant des facteurs de risque ou de protection dans le cas de la maltraitance, y compris le stress, le capital social, le soutien social, l'existence d'une famille élargie capable d'aider à prendre soin des enfants, la violence familiale et la toxicomanie, et il est nécessaire d'approfondir la recherche à leur sujet.

Il est tout aussi nécessaire de mieux comprendre en quoi des facteurs économiques, sociaux et culturels plus généraux influent sur la vie familiale. Certains pensent qu'en interaction avec les facteurs individuels et familiaux, ces forces produisent des schémas de comportement coercitifs et violents. Cependant, elles sont le plus souvent passées sous silence dans les études consacrées à la maltraitance.

Documenter les mesures efficaces

Assez peu d'études ont été consacrées à l'efficacité des interventions destinées à prévenir les mauvais traitements à enfant et la privation de soins. Il devient donc urgent, tant dans les pays industrialisés que dans les pays en développement, d'évaluer rigoureusement bon nombre des interventions préventives décrites ci-dessus. D'autres interventions devraient également être évaluées afin de déterminer leur éventuelle contribution à la prévention des mauvais traitements, comme le versement d'une pension alimentaire pour l'enfant, le congé de maternité et de paternité payé, et les programmes visant la petite enfance. Enfin, il serait bon de définir de nouvelles approches et de les essayer, notamment en matière de prévention primaire.

Mieux former et mieux éduquer les professionnels

Les professionnels de l'éducation et de la santé ont une responsabilité particulière. Les chercheurs en médecine et en santé publique doivent être capables de concevoir et de réaliser des enquêtes sur la maltraitance. Les programmes de cours des étudiants en médecine et des élèves infirmiers, les programmes de formation des diplômés en sciences

sociales et comportementales, et les programmes de formation des enseignants devraient tous comprendre un volet sur la maltraitance et les interventions mises sur pied dans les organisations pour lutter contre ce problème. Dans tous ces domaines, ces professionnels éminents devraient s'efforcer d'attirer des ressources afin de pouvoir offrir ces programmes dans des conditions optimales.

Conclusion

La maltraitance est un problème de santé mondial grave. Bien que la plupart des études faites à ce sujet le soient dans des pays développés, il est nettement démontré que le phénomène est courant dans le monde entier.

Il est possible de faire beaucoup plus face à ce problème et il le faudrait. Dans bien des pays, le public et les professionnels de la santé ne reconnaissent pas la maltraitance. Cependant, même si cela est essentiel à une prévention efficace, reconnaître le problème et y être sensibilisé ne constituent qu'une partie de la solution. Les mesures et les politiques de prévention doivent viser directement les enfants, les personnes qui s'occupent d'eux et le milieu dans lequel ils vivent, afin de prévenir de mauvais traitements éventuels et de traiter efficacement les cas de maltraitance qui surviennent. Les efforts concertés et coordonnés de divers secteurs sont nécessaires en l'occurrence, et les chercheurs et praticiens de la santé publique peuvent jouer un rôle clé en montrant l'exemple en la matière et en facilitant le processus.

Bibliographie

1. Ten Bensele RW, Rheinberger MM, Radbill SX. Children in a world of violence: the roots of child maltreatment. *In*: Helfer ME, Kempe RS, Krugman RD. *The battered child*. Chicago, Illinois (Etats-Unis d'Amérique), University of Chicago Press, 1997 :3-28.
2. Kempe CH et al. The battered child syndrome. *Journal of the American Medical Association*, 1962, 181 :17-24.
3. Estroff SE. A cultural perspective of experiences of illness, disability and deviance. *In*: Henderson GE et al. *The social medicine reader*. Durham, Caroline du Nord (Etats-Unis d'Amérique), Duke University Press, 1997.

4. Korbin JE. Cross-cultural perspectives and research directions for the 21st century. *Child Abuse & Neglect*, 1991, 15 :67–77.
5. Facchin P et al. *European strategies on child protection: preliminary report*. Padoue (Italie), Epidemiology and Community Medicine Unit, University of Padua, 1998.
6. National Research Council. *Understanding child abuse and neglect*. Washington, D.C. (Etats-Unis d'Amérique), National Academy of Sciences Press, 1993.
7. Bross DC et al. *World perspectives on child abuse: the fourth international resource book*. Denver, Colorado (Etats-Unis d'Amérique), Kempe Children's Center, University of Colorado School of Medicine, 2000.
8. *Rapport: consultation sur la prévention de la maltraitance de l'enfant, OMS, Genève, 29-31 mars 1999*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, Changements sociaux et santé mentale, Prévention de la violence et des traumatismes, 1999 (document non publié WHO/HSC/PVI/99.1).
9. Straus MA. *Manual for the Conflict Tactics Scales*. Durham, New Hampshire (Etats-Unis d'Amérique), Family Research Laboratory, University of New Hampshire, 1995.
10. Straus MA. Measuring intrafamily conflict and violence: the Conflict Tactics (CT) Scales. *Journal of Marriage and the Family*, 1979, 41 :75–88.
11. Straus MA, Hamby SL. Measuring physical and psychological maltreatment of children with the Conflict Tactics Scales. In: Kantor K et al. *Out of the darkness: contemporary perspectives on family violence*. Thousand Oaks, Californie (Etats-Unis d'Amérique), Sage, 1997 :119–135.
12. Straus MA et al. Identification of child maltreatment with the Parent–Child Conflict Tactics Scales: development and psychometric data for a national sample of American parents. *Child Abuse & Neglect*, 1998, 22 :249–270.
13. Straus MA, Gelles RJ. *Physical violence in American families: risk factors and adaptations to violence in 8,145 families*. New Brunswick (Canada), New Jersey (Etats-Unis d'Amérique), Transaction Publishers, 1990.
14. Ketsela T, Kedebe D. Physical punishment of elementary schoolchildren in urban and rural communities in Ethiopia. *Ethiopian Medical Journal*, 1997, 35 :23–33.
15. Madu SN, Peltzer K. Risk factors and child sexual abuse among secondary students in the Northern Province (Afrique du Sud). *Child Abuse & Neglect*, 2000, 24 :259–268.
16. Shumba A. Epidemiology and etiology of reported cases of child physical abuse in Zimbabwean primary schools. *Child Abuse & Neglect*, 2001, 25 :265–277.
17. Youssef RM, Attia MS, Kamel MI. Children experiencing violence: parental use of corporal punishment. *Child Abuse & Neglect*, 1998, 22 :959–973.
18. Kirschner RH, Wilson H. Pathology of fatal child abuse. In: Reece RM, Ludwig S. *Child abuse: medical diagnosis and management*, 2nd ed. Philadelphia, Pennsylvanie (Etats-Unis d'Amérique), Lippincott Williams & Wilkins, 2001 :467–516.
19. Reece RM, Krous HF. Fatal child abuse and sudden infant death syndrome. In: Reece RM, Ludwig S. *Child abuse: medical diagnosis and management*, 2nd ed. Philadelphia, Pennsylvanie (Etats-Unis d'Amérique), Lippincott Williams & Wilkins, 2001 :517–543.
20. Adinkrah M. Maternal infanticides in Fiji. *Child Abuse & Neglect*, 2000, 24 :1543–1555.
21. Kotch JB et al. Morbidity and death due to child abuse in New Zealand. *Child Abuse & Neglect*, 1993, 17 :233–247.
22. Meadow R. Unnatural sudden infant death. *Archives of Disease in Childhood*, 1999, 80 :7–14.
23. Alexander RC, Levitt CJ, Smith WL. Abusive head trauma. In: Reece RM, Ludwig S. *Child abuse: medical diagnosis and management*, 2^e édition. Philadelphie, Pennsylvanie (Etats-Unis d'Amérique), Lippincott Williams & Wilkins, 2001 :47–80.
24. Vock R et al. Lethal child abuse through the use of physical force in the German Democratic Republic (1 January 1985 to 2 October 1990): results of a multicentre study. *Archiv für Kriminologie*, 1999, 204 :75–87.
25. Theodore AD, Runyan DK. A medical research agenda for child maltreatment: negotiating the next steps. *Pediatrics*, 1999, 104 :168–177.
26. Hahm H, Guterman N. The emerging problem of physical child abuse in South Korea. *Child Maltreatment*, 2001, 6 :169–179.
27. Larner M, Halpren B, Harkavy O. *Fair start for children: lessons learned from seven demonstrations*. New Haven, Connecticut (Etats-Unis d'Amérique), Yale University Press, 1992.
28. Menick DM. Les contours psychosociaux de l'infanticide en Afrique noire: le cas du Sénégal. *Child Abuse & Neglect*, 2000, 24 :1557–1565.
29. Menick DM. La problématique des enfants victimes d'abus sexuels en Afrique ou l'imbroglie d'un double paradoxe: l'exemple du Cameroun. *Child Abuse & Neglect*, 2001, 25 :109–121.

30. Oral R et al. Child abuse in Turkey : an experience in overcoming denial and description of 50 cases. *Child Abuse & Neglect*, 2001, 25 :279–290.
31. Schein M et al. The prevalence of a history of sexual abuse among adults visiting family practitioners in Israel. *Child Abuse & Neglect*, 2000, 24 :667–675.
32. Shalhoub-Kevrkian N. The politics of disclosing female sexual abuse : a case study of Palestinian society. *Child Abuse & Neglect*, 1999, 23 :1275–1293.
33. Runyan DK. Prevalence, risk, sensitivity and specificity : a commentary on the epidemiology of child sexual abuse and the development of a research agenda. *Child Abuse & Neglect*, 1998, 22 :493–498.
34. Browne K. *Child abuse and neglect in Romanian families : a national prevalence study 2000*. Copenhagen (Danemark), Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, sous presse.
35. Bendixen M, Muss KM, Schei B. The impact of child sexual abuse : a study of a random sample of Norwegian students. *Child Abuse & Neglect*, 1994, 18 :837–847.
36. Fergusson DM, Lynskey MT, Horwood IJ. Childhood sexual abuse and psychiatric disorder in young adulthood. I : Prevalence of sexual abuse and factors associated with sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1996, 35 :1355–1364.
37. Frias-Armenta M, McCloskey LA. Determinants of harsh parenting in Mexico. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 1998, 26 :129–139.
38. Goldman JD, Padayachi UK. The prevalence and nature of child sexual abuse in Queensland, Australia. *Child Abuse & Neglect*, 1997, 21 :489–498.
39. Bardi M, Borgognini-Tari SM. A survey of parent-child conflict resolution : intrafamily violence in Italy. *Child Abuse & Neglect*, 2001, 25 :839–853.
40. Hunter WM et al. Risk factors for severe child discipline practices in rural India. *Journal of Pediatric Psychology*, 2000, 25 :435–447.
41. Kim DH et al. Children's experience of violence in China and Korea : a transcultural study. *Child Abuse & Neglect*, 2000, 24 :1163–1173.
42. Krugman S, Mata L, Krugman R. Sexual abuse and corporal punishment during childhood : a pilot retrospective survey of university students in Costa Rica. *Pediatrics*, 1992, 90 :157–161.
43. Tang CS. The rate of child abuse in Chinese families : a community survey in Hong Kong. *Child Abuse & Neglect*, 1998, 22 :381–391.
44. Pederson W, Skrondal A. Alcohol and sexual victimization : a longitudinal study of Norwegian girls. *Addiction*, 1996, 91 :565–581.
45. Choquet M et al. Self-reported health and behavioral problems among adolescent victims of rape in France : results of a cross-sectional survey. *Child Abuse & Neglect*, 1997, 21 :823–832.
46. Finkelhor D. The international epidemiology of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 1994, 18 :409–417.
47. Finkelhor D. Current information on the scope and nature of child sexual abuse. *The Future of Children*, 1994, 4 :31–53.
48. Fergusson DM, Mullen PE. *Childhood sexual abuse : an evidence-based perspective*. Thousand Oaks, Californie (Etats-Unis d'Amérique), Sage, 1999.
49. Russell DEH. *The secret trauma : incest in the lives of girls and women*. New York, (Etats-Unis d'Amérique), Basic Books, 1986.
50. Lopez SC et al. Parenting and physical punishment : primary care interventions in Latin America. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 2000, 8 :257–267.
51. *Awareness and views regarding child abuse and child rights in selected communities in Kenya*. Nairobi (Kenya), Réseau africain pour la prévention et la protection contre l'abus et la négligence de l'enfant, 2000.
52. Sumba RO, Bwibo NO. Child battering in Nairobi, Kenya. *East African Medical Journal*, 1993, 70 :688–692.
53. Wolfe DA. *Child abuse : implications for child development and psychopathology*, 2nd ed. Thousand Oaks, Californie (Etats-Unis d'Amérique), Sage, 1999.
54. Troémé N, Wolfe D., *Maltraitance des enfants au Canada : Etude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants. Résultats choisis*. Ottawa (Canada), Ministère de la Santé du Canada, 2001.
55. Garbarino J, Crouter A. Defining the community context for parent-child relations : the correlates of child maltreatment. *Child Development*, 1978, 49 :604–616.
56. Belsky J. Child maltreatment : an ecological integration. *American Psychologist*, 1980, 35 :320–335.
57. Dubowitz H, Black MB. Child neglect. In : Reece RM, Ludwig S. *Child abuse : medical diagnosis and management*, 2nd ed. Philadelphia, Pennsylvanie (Etats-Unis d'Amérique), Lippincott Williams & Wilkins, 2001 :339–362.
58. Hunter RS et al. Antecedents of child abuse and neglect in premature infants : a prospective study in a newborn intensive care unit. *Pediatrics*, 1978, 61 :629–635.
59. Haapasalo J, Petäjä S. Mothers who killed or attempted to kill their child : life circumstance,

- childhood abuse, and types of killings. *Violence and Victims*, 1999, 14 :219–239.
60. Olsson A et al. Sexual abuse during childhood and adolescence among Nicaraguan men and women : a population-based anonymous survey. *Child Abuse & Neglect*, 2000, 24 :1579–1589.
 61. *Equality, development and peace*. New York, Etat de New York (Etats-Unis d'Amérique), Fonds des Nations Unies pour l'enfance, 2000.
 62. Hadi A. Child abuse among working children in rural Bangladesh : prevalence and determinants. *Public Health*, 2000, 114 :380–384.
 63. Leventhal JM. Twenty years later : we do know how to prevent child abuse and neglect. *Child Abuse & Neglect*, 1996, 20 :647–653.
 64. Vargas NA et al. Parental attitude and practice regarding physical punishment of schoolchildren in Santiago de Chile. *Child Abuse & Neglect*, 1995, 19 :1077–1082.
 65. Sariola H, Uutela A. The prevalence and context of family violence against children in Finland. *Child Abuse & Neglect*, 1992, 16 :823–832.
 66. Jenny C et al. Analysis of missed cases of abusive head trauma. *Journal of the American Medical Association*, 1999, 281 :621–626.
 67. Klevens J, Bayón MC, Sierra M. Risk factors and the context of men who physically abuse in Bogotá, Colombia. *Child Abuse & Neglect*, 2000, 24 :323–332.
 68. Starling SP, Holden JR. Perpetrators of abusive head trauma : comparison of two geographic populations. *Southern Medical Journal*, 2000, 93 :463–465.
 69. Levesque RJR. *Sexual abuse of children : a human rights perspective*. Bloomington, Indiana (Etats-Unis d'Amérique), Indiana University Press, 1999.
 70. MacIntyre D, Carr A. The epidemiology of child sexual abuse. *Journal of Child-Centred Practice*, 1999 :57–86.
 71. Finkelhor D. *A sourcebook on child sexual abuse*. Londres (Royaume-Uni), Sage, 1986.
 72. Briere JN, Elliott DM. Immediate and long-term impacts of child sexual abuse. *The Future of Children*, 1994, 4 :54–69.
 73. Zununegui MV, Morales JM, Martínez V. Child abuse : socioeconomic factors and health status. *Anales Españoles de Pediatría*, 1997, 47 :33–41.
 74. Isaranurug S et al. Factors relating to the aggressive behavior of primary caregiver toward a child. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 2001, 84 :1481–1489.
 75. Sidebotham P, Golding J. Child maltreatment in the “Children of the Nineties” : a longitudinal study of parental risk factors. *Child Abuse & Neglect*, 2001, 25 :1177–1200.
 76. Lindell C, Svedin CG. Physical abuse in Sweden : a study of police reports between 1986 and 1996. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 2001, 36 :150–157.
 77. Khamis V. Child psychological maltreatment in Palestinian families. *Child Abuse & Neglect*, 2000, 24 :1047–1059.
 78. Larrain S, Vega J, Delgado I. *Relaciones familiares y maltrato infantil*. [Relations familiales et maltraitance des enfants] Santiago (Chili), Fonds des Nations Unies pour les enfants, 1997.
 79. Tadele G, Tefera D, Nasir E. *Family violence against children in Addis Ababa*. Addis-Ababa (Ethiopie), Réseau africain pour la prévention et la protection contre l'abus et la négligence de l'enfant, 1999.
 80. Helfer ME, Kempe RS, Krugman RD. *The battered child*. Chicago, Illinois (Etats-Unis d'Amérique), University of Chicago Press, 1997.
 81. Egeland B. A history of abuse is a major risk factor for abusing the next generation. In: Gelles RJ, Loseke DR. *Current controversies on family violence*. Thousand Oaks, Californie (Etats-Unis d'Amérique), Sage, 1993 :197–208.
 82. Ertem IO, Leventhal JM, Dobbs S. Intergenerational continuity of child physical abuse : how good is the evidence? *Lancet*, 2000, 356 :814–819.
 83. Widom CS. Does violence beget violence? A critical examination of the literature. *Psychological Bulletin*, 1989, 106 :3–28.
 84. Children's Bureau. *The national child abuse and neglect data system 1998*. Washington, D.C. (Etats-Unis d'Amérique), United States Department of Health and Human Services, 1999.
 85. Runyan DK et al. Children who prosper in unfavorable environments : the relationship to social capital. *Pediatrics*, 1998, 101 :12–18.
 86. Cawson P et al. *The prevalence of child maltreatment in the UK*. Londres (Royaume-Uni), National Society for the Prevention of Cruelty to Children, 2000.
 87. De Paul J, Milner JS, Mugica P. Childhood maltreatment, childhood social support and child abuse potential in a Basque sample. *Child Abuse & Neglect*, 1995, 19 :907–920.
 88. Bagley C, Mallick K. Prediction of sexual, emotional and physical maltreatment and mental health outcomes in a longitudinal study of 290 adolescent women. *Child Maltreatment*, 2000, 5 :218–226.
 89. Gillham B et al. Unemployment rates, single parent density, and indices of child poverty : their relationship to different categories of child abuse and neglect. *Child Abuse & Neglect*, 1998, 22 :79–90.

90. Coulton CJ et al. Community-level factors and child maltreatment rates. *Child Development*, 1995, 66 :1262–1276.
91. Coulton CJ, Korbin JE, Su M. Neighborhoods and child maltreatment : a multi-level study. *Child Abuse & Neglect*, 1999, 23 :1019–1040.
92. McLloyd VC. The impact of economic hardship on black families and children : psychological distress, parenting, and socioeconomic development. *Child Development*, 1990, 61 :311–346.
93. Korbin JE et al. Neighborhood views on the definition and etiology of child maltreatment. *Child Abuse & Neglect*, 2000, 12 :1509–1527.
94. Bifulco A, Moran A. *Wednesday's child : research into women's experience of neglect and abuse in childhood, and adult depression*. Londres (Royaume-Uni), Routledge, 1998.
95. Briere JN. *Child abuse trauma : theory and treatment of lasting effects*. Londres (Royaume-Uni), Sage, 1992.
96. Lau JT et al. Prevalence and correlates of physical abuse in Hong Kong Chinese adolescents : a population-based approach. *Child Abuse & Neglect*, 1999, 23 :549–557.
97. Fergusson DM, Horwood MT, Lynskey IJ. Childhood sexual abuse and psychiatric disorder in young adulthood. II : Psychiatric outcomes of childhood sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1996 ; 35 :1365–1374.
98. Trowell J et al. Behavioural psychopathology of child sexual abuse in schoolgirls referred to a tertiary centre : a North London study. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 1999, 8 :107–116.
99. Anda R et al. Adverse childhood experiences and smoking during adolescence and adulthood. *Journal of the American Medical Association*, 1999, 282 :1652–1658.
100. Felitti V et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. *American Journal of Preventive Medicine*, 1998, 14 :245–258.
101. McBeth J et al. The association between tender points, psychological distress, and adverse childhood experiences. *Arthritis and Rheumatism*, 1999, 42 :1397–1404.
102. Cooperman DR, Merten DF. Skeletal manifestations of child abuse. In : Reece RM, Ludwig S. *Child abuse : medical diagnosis and management*, 2nd ed. Philadelphia, Pennsylvanie (Etats-Unis d'Amérique), Lippincott Williams & Wilkins, 2001 :123–156.
103. Wattam C, Woodward C. “ ... And do I abuse my children? No!” Learning about prevention from people who have experienced child abuse. In : *Childhood matters : the report of the National Commission of Inquiry into the Prevention of Child Abuse. Vol. 2* : Londres (Royaume-Uni), Her Majesty's Stationery Office, 1996.
104. National Commission of Inquiry into the Prevention of Child Abuse. *Childhood matters : the report of the National Commission of Inquiry into the Prevention of Child Abuse. Vol. 1*. Londres (Royaume-Uni), Her Majesty's Stationery Office, 1996.
105. Olds D et al. Preventing child abuse and neglect : a randomized trial of nurse home visitation. *Pediatrics*, 1986, 78 :65–78.
106. Olds D et al. Long-term effects of home visitation on maternal life course and child abuse and neglect : fifteen-year follow-up of a randomized trial. *Journal of the American Medical Association*, 1997, 278 :637–643.
107. The David and Lucile Packard Foundation. Home visiting : recent program evaluations. *The Future of Children*, 1999, 9 :1–223.
108. MacMillan HL. Preventive health care, 2000 update : prevention of child maltreatment. *Canadian Medical Association Journal*, 2000, 163 :1451–1458.
109. Wolfe DA et al. Early intervention for parents at risk of child abuse and neglect. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1988, 56 :40–47.
110. Wasik BH, Roberts RN. Survey of home visiting programs for abused and neglected children and their families. *Child Abuse & Neglect*, 1994, 18 :271–283.
111. Kinney J et al. The homebuilder's model. In : Whittaker JK, *Reaching high-risk families : intensive family preservation in human services. Modern applications of social work*. New York (Etats-Unis d'Amérique), Aldine de Gruyter, 1990 :31–64.
112. MacLeod J, Nelson G. Programs for the promotion of family wellness and the prevention of child maltreatment : a meta-analytic review. *Child Abuse & Neglect*, 2000, 24 :1127–1149.
113. Alpert EJ et al. Family violence curricula in US medical schools. *American Journal of Preventive Medicine*, 1998, 14 :273–278.
114. Van Haeringen AR, Dadds M, Armstrong KL. The child abuse lottery : will the doctor suspect and report? Physician attitudes towards and reporting of suspected child abuse and neglect. *Child Abuse & Neglect*, 1998, 22 :159–169.
115. Vulliamy AP, Sullivan R. Reporting child abuse : pediatricians' experiences with the child protection system. *Child Abuse & Neglect*, 2000, 24 :1461–1470.
116. *Child maltreatment*. Washington D.C. (Etats-Unis d'Amérique), American Medical Association, mise à

- jour périodique (diffusé sur Internet à <http://www.ama-assn.org/ama/pub/category/4663.html>
117. American Academy of Pediatrics. Guidelines for the evaluation of sexual abuse of children: subject review. *Pediatrics*, 1999, 103:186–191.
 118. Reiniger A, Robison E, McHugh M. Mandated training of professionals: a means for improving the reporting of suspected child abuse. *Child Abuse & Neglect*, 1995, 19:63–69.
 119. Kutlesic V. The McColgan case: increasing the public awareness of professional responsibility for protecting children from physical and sexual abuse in the Republic of Ireland: a commentary. *Journal of Child Sexual Abuse*, 1999, 8:105–108.
 120. Le Bihan C et al. The role of the national education physician in the management of child abuse. *Santé Publique*, 1998, 10:305–310.
 121. Díaz Huertes JA et al. Abused children: role of the pediatrician. *Anales Españoles de Pediatría*, 2000, 52:548–553.
 122. Finkel MA, DeJong AR. Medical findings in child sexual abuse. In: Reece RM, Ludwig S. *Child abuse: medical diagnosis and management*, 2nd ed. Philadelphia, Pennsylvanie (Etats-Unis d'Amérique), Lippincott Williams & Wilkins, 2001:207–286.
 123. Jenny C. Cutaneous manifestations of child abuse. In: Reece RM, Ludwig S. *Child abuse: medical diagnosis and management*, 2nd ed. Philadelphia, Pennsylvanie (Etats-Unis d'Amérique), Lippincott Williams & Wilkins, 2001:23–45.
 124. Leventhal JM. Epidemiology of sexual abuse of children: old problems, new directions. *Child Abuse & Neglect*, 1998, 22:481–491.
 125. Giardino AP, Brayden RM, Sugarman JM. Residency training in child sexual abuse evaluation. *Child Abuse & Neglect*, 1998, 22:331–336.
 126. Oates RK, Bross DC. What we have learned about treating child physical abuse: a literature review of the last decade. *Child Abuse & Neglect*, 1995, 19:463–473.
 127. Fantuzzo JW et al. Effects of adult and peer social initiations on the social behavior of withdrawn, maltreated preschool children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1988, 56:34–39.
 128. Finkelhor D, Berliner L. Research on the treatment of sexually abused children: a review and recommendations. *Journal of the Academy of Child Adolescent Psychiatry*, 1995, 34:1408–1423.
 129. O'Donohue WT, Elliott AN. Treatment of the sexually abused child: a review. *Journal of Clinical Child Psychology*, 1992, 21:218–228.
 130. Vargo B et al. Child sexual abuse: its impact and treatment. *Canadian Journal of Psychiatry*, 1988, 33:468–473.
 131. Beutler LE, Williams RE, Zetzer HA. Efficacy of treatment for victims of child sexual abuse. *The Future of Children*, 1994, 4:156–175.
 132. Groves BM. Mental health services for children who witness domestic violence. *The Future of Children*, 1999, 9:122–132.
 133. Pelcovitz D, Kaplan SJ. Child witnesses of violence between parents: psychosocial correlates and implications for treatment. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 1994, 3:745–758.
 134. Pynoos RS, Eth S. Special intervention programs for child witnesses to violence. In: Lystad M. *Violence in the home: interdisciplinary perspectives*. Philadelphia, Pennsylvanie (Etats-Unis d'Amérique), Bruner/Mazel, 1986:196–211.
 135. Jaffe P, Wilson S, Wolfe D. Promoting changes in attitudes and understanding of conflict among child witnesses of family violence. *Revue canadienne des sciences du comportement*, 1986, 18:356–380.
 136. Wagar JM, Rodway MR. An evaluation of a group treatment approach for children who have witnessed wife abuse. *Journal of Family Violence*, 1995, 10:295–306.
 137. Dube SR et al. Childhood abuse, household dysfunction, and the risk of attempted suicide throughout the lifespan. *Journal of the American Medical Association*, 2001, 286:3089–3096.
 138. Cahill C, Llewelyn SP, Pearson C. Treatment of sexual abuse which occurred in childhood: a review. *British Journal of Clinical Psychology*, 1991, 30:1–12.
 139. Hyman A, Schillinger D, Lo B. Laws mandating reporting of domestic violence: do they promote patient well-being? *Journal of the American Medical Association*, 1995, 273:1781–1787.
 140. Roelofs MAS, Baartman HEM. The Netherlands. Responding to abuse: compassion or control? In: Gilbert N. *Combating child abuse: international perspectives and trends*. New York (Etats-Unis d'Amérique), Oxford University Press, 1997.
 141. Durfee MJ, Gellert GA, Tilton-Durfee D. Origins and clinical relevance of child death review teams. *Journal of the American Medical Association*, 1992, 267:3172–3175.
 142. Luallen JJ et al. Child fatality review in Georgia: a young system demonstrates its potential for identifying preventable childhood deaths. *Southern Medical Journal*, 1998, 91:414–419.
 143. Myers JEB. *Legal issues in child abuse and neglect practice*. Thousand Oaks, Californie (Etats-Unis d'Amérique), Sage, 1998.

144. Martone M, Jaudes PK, Cavins MK. Criminal prosecution of child sexual abuse cases. *Child Abuse & Neglect*, 1996, 20 :457–464.
145. Cross TP, Whitcomb D, DeVos E. Criminal justice outcomes of prosecution of child sexual abuse : a case-flow analysis. *Child Abuse & Neglect*, 1995, 19 :1431–1442.
146. MacIntyre D, Carr A. Evaluation of the effectiveness of the Stay Safe primary prevention programme for child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 1999, 23 :1307–1325.
147. Rispens J, Aleman A, Goudena PP. Prevention of child sexual abuse victimization : a meta-analysis of school programs. *Child Abuse & Neglect*, 1997, 21 :975–987.
148. Hoefnagels C, Mudde A. Mass media and disclosures of child abuse in the perspective of secondary prevention : putting ideas into practice. *Child Abuse & Neglect*, 2000, 24 :1091–1101.
149. Hoefnagels C, Baartman H. On the threshold of disclosure : the effects of a mass media field experiment. *Child Abuse & Neglect*, 1997, 21 :557–573.
150. Boocock SS. Early childhood programs in other nations : goals and outcomes. *The Future of Children*, 1995, 5 :94–114.
151. Hesketh T, Zhu WX. Health in China. The one-child family policy : the good, the bad, and the ugly. *British Medical Journal*, 1997, 314 :1685–1689.
152. Ramiro L, Madrid B, Amarillo M. *The Philippines WorldSAFE Study (Final report)*. Manille (Philippines), International Clinical Epidemiology Network, 2000.
153. Socolar RRS, Runyan DK. Unusual manifestations of child abuse. In : Reece RM, Ludwig S. *Child abuse : medical diagnosis and management*, 2nd ed. Philadelphia, Pennsylvanie (Etats-Unis d'Amérique), Lippincott Williams & Wilkins, 2001 :453–466.

