

Guide sur la prévention de la maltraitance des enfants:

intervenir et produire
des données

Guide sur la prévention de la maltraitance des enfants: intervenir et produire des données



Organisation mondiale de la Santé
Avenue Appia 20
1211 Genève 27
Suisse
Tél +41-22-791-2064
Fax +41-22-791-4332
www.who.int/violence_injury_prevention
violenceprevention@who.int

ISBN 978 92 4 259436 2



Guide sur la prévention de la maltraitance des enfants : intervenir et produire des données



**Organisation
mondiale de la Santé**

et

**INTERNATIONAL SOCIETY FOR PREVENTION
OF CHILD ABUSE AND NEGLECT**

Catalogage à la source : Bibliothèque de l'OMS

Guide sur la prévention de la maltraitance des enfants : intervenir et produire des données / Organisation mondiale de la Santé et International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect.

« Le présent document a été rédigé par Alexander ... [et al.]. Tony Kahane en a assumé la révision technique. » – Remerciements.

1.Enfant maltraité – prévention et contrôle. 2.Évaluation programme.

3.Ligne directrice. I.Butchart, Alexander. II.Kahane, Tony.

III.Organisation mondiale de la Santé. IV.International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect.

ISBN 978 92 4 259436 2

(NLM classification: WA 320)

Le présent document a été rédigé par Alexander Butchart et Alison Phinney Harvey du Département Prévention de la Violence et des Traumatismes de l'OMS ; Marcellina Mian, Hospital for Sick Children, Toronto, Canada, et Tilman Fűrnis, hôpital universitaire de Münster, Allemagne. Tony Kahane en a assumé la révision technique.

© **Organisation mondiale de la Santé 2006**

Tous droits réservés. Il est possible de se procurer les publications de l'Organisation mondiale de la Santé auprès de l'équipe de Marketing et diffusion, Organisation mondiale de la Santé, 20 avenue Appia, 1211 Genève 27 (Suisse) (téléphone : +41 22 791 3264 ; télécopie : +41 22 791 4857 ; adresse électronique : bookorders@who.int). Les demandes relatives à la permission de reproduire ou de traduire des publications de l'OMS – que ce soit pour la vente ou une diffusion non commerciale – doivent être envoyées à l'unité Marketing et diffusion ci-dessus (télécopie : +41 22 791 4806 ; adresse électronique : permissions@who.int).

Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux ne signifie pas que ces firmes et produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé, de préférence à d'autres de nature analogue qui ne sont pas mentionnés. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les dispositions voulues pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'Organisation mondiale de la Santé ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

Les points de vue exprimés dans la présente publication n'engagent que les seuls auteurs nommés.

Conception : minimum graphics.

Imprimé en France

Table des matières

Remerciements	v
Avant-propos	vii
Préface	ix
Introduction	1
Pourquoi le présent guide est-il nécessaire ?	1
À qui le présent guide s'adresse-t-il ?	2
Vue d'ensemble du présent guide	3
Une approche plurisectorielle systématique	3
Résumé du contenu	5
Chapitre 1. La nature et les conséquences de la maltraitance des enfants	7
1.1 Qu'est-ce que la maltraitance des enfants ?	7
Typologie de la violence	8
Définitions conceptuelles de la maltraitance des enfants	10
1.2 Ampleur du problème	11
1.3 Conséquences de la maltraitance des enfants	12
1.4 Coût de la maltraitance des enfants	13
1.5 Facteurs de prédisposition et facteurs de risque	14
Facteurs individuels	14
Facteurs relationnels	16
Facteurs communautaires	16
Facteurs sociétaux	17
Facteurs de protection	17
Chapitre 2. Données épidémiologiques et données de cas	18
2.1 Définitions opérationnelles de la maltraitance des enfants	20
2.2 Études épidémiologiques de population	21
Échelle des tactiques de résolution des conflits parents-enfants	22
Étude sur les expériences négatives durant l'enfance	22
Questionnaire de dépistage de victimisation passée	24
Outils de dépistage de la violence envers les enfants, de l'ISPCAN	25
Adapter les méthodes d'enquête aux conditions locales	26
Stratégies d'échantillonnage	26
Considérations éthiques	27

2.3	Données de cas	28
	Surveillance des cas signalés	29
	Retour des données aux organismes qui les ont fournies	31
	Utilisation des données pour convaincre les décideurs	31
Chapitre 3.	La prévention de la maltraitance des enfants	34
3.1	Un plan d'action et un organisme de prévention de la maltraitance des enfants	35
3.2	Stratégies de prévention de la maltraitance des enfants	36
	Stratégies sociétales et communautaires	38
	Stratégies relationnelles	41
	Stratégies individuelles	43
3.3	Évaluations des résultats des programmes de prévention de la maltraitance des enfants	43
	Déterminer les objectifs de prévention	44
	Élaborer un modèle logique	45
	Sélectionner les résultats et leur source de données	46
	Concevoir l'exécution et l'évaluation de l'intervention	48
	Analyser l'évaluation et diffuser les résultats	52
Chapitre 4.	Services aux enfants et familles affectés	54
4.1	Améliorer la base de données existante	54
4.2	Intervenir dans les cas de maltraitance d'enfants : les éléments clé	55
	Détection des cas de maltraitance d'enfants	55
	Protéger l'enfant	63
Chapitre 5.	Conclusions et recommandations	70
Annexe 1.	Questionnaires d'étude sur les expériences négatives durant l'enfance	75
Annexe 2.	Exemples d'outils de mesure validés pour l'évaluation des résultats	96

Remerciements

Le présent document a été rédigé par Alexander Butchart et Alison Phinney Harvey du Département Prévention de la Violence et des Traumatismes de l’OMS ; Marcellina Mian, Hospital for Sick Children, Toronto, Canada, et Tilman Fűrnis, hôpital universitaire de Münster, Allemagne. Tony Kahane en a assumé la révision technique. Claire Scheurer et Ian Scott du Département Prévention de la Violence et des Traumatismes de l’OMS, ainsi que Pearl Rimer et Susan Hunter du centre pour enfants maltraités de Toronto ont également apporté leur précieuse contribution à la rédaction, la révision et la production du présent document. John Kydd a fourni un soutien constant à son élaboration.

Beaucoup d’autres personnes ont largement contribué au présent guide, à l’occasion de rencontres avec des experts en prévention de la maltraitance des enfants et au cours de consultations informelles. Il s’agit de : David Bass, Inge Baumgarten, Barbara Bonner, Kevin Browne, Marcelo Daher, Linda Dahlberg, Amaya Gillespie, Maria Herczog, Sylvester Madu, Alex Kamugisha, Paulo Sergio-Pinheiro, Jonathon Passmore et Adam Tomison.

Nous remercions également Vincent J. Felitti, Fu-Yong Jiao, Bernadette Madrid, James Mercy, Gordon Phaneuf et Elizabeth Ward pour leur travail de révision en qualité de pairs, ainsi que Michael Durfee et Mela Poonacha, pour les encadrés qu’ils ont rédigés.

L’élaboration et la publication du présent guide ont été possibles grâce au généreux soutien financier du gouvernement belge et du *Global Forum for Health Research*.

L’Organisation mondiale de la Santé remercie tout particulièrement l’Agence de la santé publique du Canada pour la traduction de ce document en Français.

Avant-propos

Le sens commun associe souvent le problème de la violence aux systèmes de sécurité et judiciaires. Avec le développement et l'engagement progressif des professionnels dans le domaine de la santé publique, il est désormais encore plus évident qu'une approche plus ample, réunissant plusieurs disciplines, doit être adoptée pour tenter de mettre fin à la violence. Une approche pluridisciplinaire devrait non seulement garantir une stratégie intégrée efficace pour répondre à la violence, mais également – et cela est tout aussi important – une stratégie de prévention cohérente et fondée sur des données factuelles.

Une démarche de cette ampleur est d'autant plus importante qu'il s'agit de traiter de la violence envers l'enfant exercée à la maison et dans la famille. Il faut évidemment aider les victimes et assurer leur sécurité, mais il importe de toujours accorder la priorité aux mesures de prévention. L'étude sur la violence envers les enfants du Secrétaire général des Nations Unies a examiné plusieurs études et de nombreux exemples fournis par les gouvernements. Ces études et exemples démontrent l'importance de mettre en œuvre des stratégies de prévention qui combinent l'expertise de divers professionnels et sont structurées autour de bases de données fiables.

La « cloison » traditionnelle entre le public et le privé a entravé l'évolution de politiques et d'instruments juridiques visant à prévenir la violence au sein de la famille et à fournir des services à ceux et celles qui en sont affectés. Le manque de données précises et détaillées montre bien l'existence de cette cloison qui empêche le développement et l'évaluation de stratégies efficaces pour traiter ce grave problème. En dépit des normes internationales sur les droits de la personne humaine et les droits des enfants, certains cadres juridiques nationaux demeurent insuffisants lorsqu'il s'agit d'interdire formellement la violence à la maison.

L'Organisation mondiale de la Santé n'a cessé d'attirer l'attention du monde sur l'importance cruciale de concevoir les politiques de prévention avec la participation des intervenants du secteur de la santé publique, et sur le besoin urgent d'améliorer la collecte de données. L'International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect (ISPCAN) regroupe un front commun mondial et pluridisciplinaire unique de professionnels qui, au cours des vingt dernières années, ont été à l'origine d'un grand nombre de stratégies visant à reformuler les approches pour mettre fin à la violence envers les enfants. Tout récemment, l'ISPCAN, en collaboration avec un ensemble de partenaires, a mis au point des outils destinés à améliorer la collecte des données sur la violence envers les enfants, au sein de la famille et ailleurs.

Le présent guide rassemble les connaissances accumulées par ces deux organismes et fournit les outils et l'information dont les gouvernements, la société civile et les organisations internationales ont besoin pour avancer dans leurs efforts de prévention et

d'intervention face à la violence envers les enfants. Il revient maintenant aux intéressés d'en faire pleinement usage.

Paulo Sérgio Pinheiro

Expert indépendant

Étude sur la violence envers les enfants du Secrétaire général des Nations Unies.

Préface

Dans un numéro de 1999 de la revue *Child Abuse and Neglect*, David Finkelhor, expert mondialement connu en prévention de la maltraitance des enfants, exposait le moyen de progresser sur la voie de l'élimination de la violence envers les enfants et commentait en ces termes ce qui avait été fait :

En premier lieu, il nous faut de bonnes données épidémiologiques afin de localiser la source du problème de la violence envers les enfants et de contrôler et suivre la progression de nos efforts d'intervention. À l'heure actuelle, nous ne disposons pas de ce type de données, du moins pas à un degré qui puisse satisfaire un épidémiologiste en santé publique, fut-il indulgent. En second lieu, il nous faut des études expérimentales pour évaluer les nouvelles pratiques existantes et nous entendre sur celles qui fonctionnent. Il n'en existe pratiquement pas actuellement, hormis deux ou trois sur les visites dans les foyers et deux ou trois autres sur le traitement des cas d'agression sexuelle. Il existe plus de données scientifiques sur le papier hygiénique que nous utilisons tous les jours que sur les services que nous pouvons offrir aux enfants maltraités ou aux familles à risque.¹

Sept ans plus tard, les agences des Nations Unies, les organisations non gouvernementales (ONG) et les associations professionnelles internationales ont fait des progrès notoires en matière de sensibilisation au sujet de l'ampleur et de la gravité, pour toutes les sociétés, des conséquences de la violence envers les enfants. Les bonnes données épidémiologiques demeurent cependant rares et il y a un manque en matière d'évaluation des pratiques de prévention. La majorité des études épidémiologiques depuis 1999 provient d'Amérique du Nord et, exception faite d'études indépendantes dans quelques pays de l'Europe de l'Ouest et d'études mondiales (projet WORLDSAFE 1997–2003) menées au Brésil, au Chili, en Égypte et aux Philippines, il n'y a pour ainsi dire pas d'études épidémiologiques solides d'un point de vue méthodologique. La base de données existante en matière de prévention est encore plus inégalement distribuée, puisque la majorité des études se circonscrit à l'Amérique du Nord.

Ce défaut d'évaluation de programmes ayant pour objectif l'élimination de la maltraitance des enfants est apparu au moment où les gouvernements, les ONG et les agences internationales dans le monde entier s'étaient engagés à traiter de la violence envers les enfants au titre des préoccupations relevant des droits de la personne humaine, dans le cadre de la Convention relative aux droits de l'enfant. Le rapport d'octobre 2006 du Secrétaire général des Nations Unies sur la violence envers les enfants note que de nombreux gouvernements ont fait de grands efforts dans le domaine des réformes juridiques pour traiter de la maltraitance des enfants. Mais comme les gouvernements

¹ Finkelhor D. The science. *Child Abuse and Neglect*, 1999, 23:969–974.

eux-mêmes le reconnaissent, ces efforts contrastent nettement avec les investissements souvent minimes dans les politiques et programmes destinés à documenter l'épidémiologie de cette violence, à mener des interventions pour en traiter les causes sous-jacentes et à contrôler l'impact des interventions.

Plusieurs raisons expliquent cette discordance entre la prévention fondée sur les droits de la personne humaine, et les investissements réels dans des programmes et politiques de prévention, dont les suivantes :

- La maltraitance des enfants reste, pour bien des gens, une question délicate et épineuse qu'on aborde difficilement en privé et à plus forte raison en public.
- La prévention de la maltraitance des enfants n'est pas une priorité politique, malgré l'ampleur du problème et une conscience accrue de son coût social élevé. Le manque relatif de volonté politique s'est vu exacerbé par un manque de compréhension des graves conséquences à long terme sur la santé des enfants maltraités, du fardeau que cela représente pour la société et des répercussions sur les coûts des services de santé. Comme l'ont montré de récentes études, la maltraitance et les autres événements négatifs qui se produisent dans la première enfance et dans l'enfance vont de pair avec un large éventail de comportements à risque. La maltraitance est ainsi dans une grande mesure en lien direct avec les principales causes de décès et de maladies chroniques.
- On ignore à quel point des stratégies efficaces en matière de prévention des maladies et de promotion de la santé publique peuvent prévenir la violence envers les enfants. Ces stratégies préventives s'intéressent aux causes sous-jacentes et aux facteurs de risque au niveau de l'individu, de la famille, de la communauté et de la société. Elles visent à réduire l'incidence de la violence envers les enfants dans la population ciblée. Certaines de ces stratégies ont déjà largement démontré leur efficacité et leur rentabilité. D'autres stratégies sont prometteuses, mais elles requièrent plus d'études d'évaluation de leurs résultats, et nombre de stratégies qui devraient être efficaces en théorie n'ont pas été évaluées.
- Les investissements dans le domaine de la maltraitance des enfants sont entravés par la primauté des bénéfices que doivent engendrer les investissements publics – ce à quoi ne peuvent pas toujours satisfaire les programmes de prévention qui mettent parfois des années à produire les effets escomptés.

Pour renforcer la prévention de la maltraitance des enfants, il faut donc que la gravité du problème soit amplement comprise. Le moyen d'y parvenir repose sur la réalisation de bonnes études épidémiologiques qui indiquent où et comment la maltraitance a lieu, qui en mesurent les conséquences et les coûts et qui, sur la base de ces données, conçoivent, réalisent et évaluent des programmes de prévention axés sur les causes sous-jacentes et les facteurs de risque.

Le *Guide sur la prévention de la maltraitance des enfants : intervenir et produire des données*, est une publication conjointe de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et de l'International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect (ISPCAN). Il a pour objectif d'aider les gouvernements, les ONG et les organismes internationaux à réaliser des programmes fondés sur des données scientifiques et dont l'objectif est de prévenir la maltraitance des enfants. Le but ultime est d'amener tous les pays du monde à mettre en œuvre de façon systématique des programmes de prévention de la maltraitance des enfants fondés sur des données épidémiologiques et des études expérimentales locales solides en matière d'efficacité de la prévention.

Pour contribuer à l'atteinte de cet objectif, le présent guide recommande qu'à l'avenir, les études sur l'épidémiologie de la maltraitance des enfants et les stratégies de prévention qui en émanent soient formulées et mises en œuvre en tenant compte de façon explicite de la nécessité d'élargir la base scientifique des données traitant de l'ampleur, des conséquences et des mesures de prévention du problème de la maltraitance. Il serait donc souhaitable que les futures initiatives en ces domaines soient conçues, mises en place et présentées de façon à pouvoir être publiées dans la presse scientifique car cela favoriserait une augmentation des investissements dans la prévention à l'échelle nationale et internationale. À l'heure actuelle, il existe si peu d'initiatives qui débouchent sur des résultats concrets qu'un succès – même modeste – dans l'atteinte de ces objectifs pour un certain nombre de pays à faible ou moyen revenu permettrait sûrement de faire mieux connaître les efforts de prévention. La question de la maltraitance des enfants serait alors mise en avant comme le seraient également d'autres problèmes graves de santé publique dont les répercussions affectent les enfants pour la vie, par exemple le virus de l'immunodéficience humaine et le syndrome d'immunodéficience acquise (VIH/SIDA), le tabagisme et l'obésité, domaines dans lesquels les investissements en surveillance épidémiologique et en prévention sont déjà énormes.

Etienne Krug

Directeur, Département Prévention de la Violence et des Traumatismes
Organisation mondiale de la Santé, Genève, Suisse

Introduction

Tous les enfants ont droit à la santé et à une vie sans violence. Cependant, chaque année, des millions d'enfants dans le monde sont témoins et victimes de violence physique, sexuelle et psychologique. La maltraitance des enfants est un vaste problème mondial, ayant de graves répercussions sur la santé physique et mentale des victimes, leur bien-être et leur développement tout au long de leur vie et, par voie de conséquence, sur la société en général.

Pourquoi le présent guide est-il nécessaire ?

Les progrès de ces vingt dernières années dans le domaine des droits de la personne humaine, du droit, de la médecine légale et de la santé publique ont rendu plus visible à l'échelle internationale le problème de la maltraitance des enfants, mais à un degré qui est loin d'être suffisant. La Convention relative aux droits de l'enfant et ses Protocoles facultatifs, ainsi que le Comité sur les droits de l'enfant ont joué un rôle capital pour alerter les organismes internationaux, les gouvernements et les organisations non gouvernementales (ONG) sur la question de la maltraitance des enfants, dans un cadre plus large de sujets portant sur les droits des enfants. Le *Rapport mondial sur la violence et la santé* de 2002 et la résolution de l'Assemblée mondiale de la Santé de 2003 sur la mise en place des recommandations du rapport ont mis en lumière les incidences de la maltraitance des enfants sur la santé publique et souligné le rôle de la santé publique en matière de prévention et de services aux victimes. Des ONG internationales, comme l'ISPCAN, ont également fait campagne pour attirer davantage l'attention sur la maltraitance des enfants et pour que les politiques et les professionnels s'investissent dans des mesures de prévention. Depuis 2003, l'étude sur la violence envers les enfants du Secrétaire général des Nations Unies, réalisée à la demande du Comité sur les droits de l'enfant, contribue au renforcement de la sensibilisation à l'échelle mondiale, régionale et nationale, avec à l'appui les consultations régionales et les questionnaires gouvernementaux sollicités pour sa réalisation. Sans aucun doute, le rapport du Secrétaire général devant l'Assemblée générale des Nations Unies sur les résultats de l'étude, prévu pour fin 2006, ainsi que la publication et le lancement du rapport d'étude attireront davantage l'attention sur le problème.

Le processus de sensibilisation a fait ressortir le besoin d'évaluations plus rigoureuses des interventions dans les cas de maltraitance d'enfants, y compris celles qui consistent à fournir des services aux victimes. Peu d'interventions ont fait l'objet d'une évaluation scientifique ; la grande majorité n'est pas évaluée de manière adéquate ou ne l'est pas du tout. Quoique limitée, cette base de données a permis d'identifier quelques interventions préventives *efficaces* – telles que la formation au rôle parental et les visites dans les foyers. Elle a également permis d'identifier quelques autres stratégies *prometteuses*, par exemple l'accès aux services prénataux et postnataux et la limitation de l'accès à l'alcool.

On a en revanche très peu de données sur l'efficacité des services aux victimes et aux agresseurs et l'on sait notamment peu de choses sur les effets de certaines interventions courantes des services de protection de l'enfance, sur les actions en justice adaptées aux enfants, le signalement obligatoire et le traitement obligatoire des agresseurs.

La sensibilisation au problème de la maltraitance des enfants s'est donc accrue, de même que les pressions auprès des gouvernements pour qu'ils engagent des actions préventives. Mais le manque de données sur l'efficacité des interventions est préoccupant et donne à penser que les ressources limitées sont peut-être englouties par des investissements bien intentionnés dans des efforts de prévention peu méthodiques dont l'efficacité n'est pas prouvée et ne le sera peut-être jamais.

Pour cette raison, le principal objectif du présent guide est de fournir des conseils techniques pour la mise en place de politiques et de programmes de prévention de la maltraitance des enfants et de services aux victimes, qui tiennent pleinement compte des données existantes sur l'efficacité des interventions et recourent aux principes scientifiques de l'approche de santé publique. Cela favorisera la mise en œuvre d'interventions scientifiquement vérifiables et de leur évaluation. On peut donc espérer que le présent guide contribuera à un élargissement géographique de la base de données qui s'enrichira d'un plus grand nombre d'évaluations d'interventions réalisées dans des pays à faible et moyen revenu, et d'une plus grande variété d'interventions ayant fait l'objet d'une évaluation. L'objectif à long terme est de pouvoir mettre au point des principes directeurs fondés sur les données relatives aux interventions en matière de maltraitance des enfants.

À qui le présent guide s'adresse-t-il ?

Bien des cas de maltraitance d'enfants ne sont pas signalés aux autorités de protection de l'enfance et aux autorités chargées de l'application de la loi. Par ailleurs, dans tous les pays, les services de santé, juridiques et sociaux sont les plus touchés par les conséquences de la maltraitance des enfants et les plus impliqués dans les efforts engagés pour y faire face. Le présent guide s'adresse donc aux décideurs et aux planificateurs de programmes qui œuvrent à l'échelle nationale, provinciale et municipale dans les secteurs de la santé, des services sociaux et des services juridiques.

Dans le secteur de la santé, les domaines techniques pertinents sont ceux :

- de la politique et de la planification sanitaires ;
- des systèmes d'information en matière de santé et d'épidémiologie ;
- de la santé publique et de la médecine préventive ;
- de la santé familiale et communautaire ;
- de la santé génésique ;
- de la pédiatrie ;
- de la santé mentale et de la toxicomanie ;
- des services médicaux d'urgence ;
- des services médico-légaux.

Dans le secteur des services sociaux, les domaines techniques pertinents sont les suivants :

- du travail social ;
- de la protection de l'enfance.

Dans le secteur juridique, les domaines techniques pertinents sont les suivants :

- de la justice;
- de l'application de la loi ;
- de la médecine légale;
- des droits de la personne humaine.

Des recherches sont également vitales au chapitre de l'élaboration de programmes et de politiques efficaces de prévention de la maltraitance des enfants. Il est crucial d'impliquer la communauté scientifique la plus vaste et notamment :

- les universités et les écoles de médecine ;
- les conseils scientifiques ;
- les instituts de recherche privés sans but lucratif et les groupes de réflexion gouvernementaux et indépendants.

Vue d'ensemble du présent guide

L'étude sur la violence envers les enfants du Secrétaire général des Nations Unies¹ met l'accent sur l'ampleur et la nature alarmante de la maltraitance des enfants dans le monde et sur l'attention considérable qu'accordent à cette question de la maltraitance des enfants les parents et les membres de la famille. L'étude rappelle qu'aux termes de la Convention relative aux droits de l'enfant de 1991 les pays sont tenus de traiter en détail la maltraitance des enfants. Leurs obligations sont clairement stipulées dans l'article 19, section 1 de la Convention :

Les États parties prennent toutes les mesures législatives, administratives, sociales et éducatives appropriées pour protéger l'enfant contre toute forme de violence, d'atteinte ou de brutalités physiques ou mentales, d'abandon ou de négligence, de mauvais traitements ou d'exploitation, y compris la violence sexuelle, pendant qu'il est sous la garde de ses parents ou de l'un d'eux, de son ou ses représentants légaux ou de toute autre personne à qui il est confié.

Il y est implicite que la maltraitance des enfants n'est pas inévitable, qu'il est possible de la prévenir et qu'il est de la responsabilité des États d'en réduire le taux par le biais de mesures préventives et de veiller à la protection, à la justice et aux soins des enfants qui sont peut-être maltraités. L'ensemble des mesures attendues de la part des États comprend les mécanismes de prévention de la maltraitance des enfants, notamment des programmes sociaux à l'intention des enfants et des personnes qui s'en occupent et pour identifier, traiter et faire le suivi des cas connus de maltraitance.

Une approche plurisectorielle systématique

Le présent guide adopte le type d'approche intersectorielle courante dans le domaine de la santé publique. Cette approche que l'on appelle parfois « le modèle de la santé publique » est aussi appliquée dans d'autres domaines, toujours avec la collaboration de plusieurs secteurs pour la mise en place de ses divers éléments. Dans le cadre de cette approche, une action est entreprise pour :

- empêcher le problème de survenir ;
- détecter le problème et intervenir quand il se produit effectivement ;
- en minimiser les répercussions négatives à long terme.

¹ *Report of the Independent Expert on violence against children*. New York, NY, Nations Unies, octobre 2006.

Dans le cas de la maltraitance des enfants, cela signifie :

- l'instauration de mesures de prévention ;
- la détection des cas et l'intervention précoce ;
- des soins constants aux victimes et aux familles dans lesquelles la maltraitance s'est produite ;
- la prévention de la répétition de la violence.

Voici, en bref, une liste des éléments importants d'une telle approche méthodique de la maltraitance des enfants :

■ Les définitions

Les différents secteurs impliqués s'occupant de la maltraitance des enfants doivent en élaborer une définition conceptuelle commune, ainsi que des définitions opérationnelles communes pour l'identification et l'énumération des cas. Ils doivent aussi avoir une approche statistique commune du problème, à savoir des indicateurs standardisés pour mesurer les taux de maltraitance et les facteurs qui augmentent les risques de maltraitance.

■ La prévention

Pour prévenir la maltraitance des enfants, il faut mettre en place une politique et des programmes qui traitent des facteurs de risque et des facteurs de protection.

■ Les services

Une intervention complète en matière de maltraitance des enfants suppose la mise en place de mesures et mécanismes de détection et d'intervention, ainsi que des services aux victimes et aux familles.

■ Les données pour une action efficace

Il faut renforcer les mécanismes de collecte de données par le biais d'études épidémiologiques, de la surveillance dans les établissements fournisseurs de services, du contrôle et de l'évaluation. Les données obtenues devraient être largement mises à disposition et servir à concevoir la prévention et les interventions.

■ La promotion de la prévention

Des efforts doivent être faits pour que les décideurs et le public prennent davantage conscience du besoin d'investir dans des programmes de prévention fondés sur des données factuelles. Ces efforts devraient tendre aussi vers l'adoption de normes sociales et culturelles non violentes, en particulier dans le domaine de l'éducation parentale.

Pour que ce travail de prévention et d'action soit efficace, quatre paramètres fondamentaux sont à respecter lors de la conception des interventions, à savoir :

- la **définition du problème**, conceptuelle et quantitative, à l'aide de statistiques décrivant l'ampleur de la maltraitance et les caractéristiques des personnes qui sont le plus touchées par elle ;
- l'**identification des causes et des facteurs de risque** de prédisposition à la maltraitance – par exemple, les facteurs qui augmentent les risques d'abus sexuel d'un enfant ou les obstacles à la fourniture de services efficaces de protection de l'enfance ;

- les facteurs de risque et de protection étant connus, **la conception des interventions** et des programmes qui ont de fortes chances de minimiser ces facteurs de risque. Que ces interventions visent des individus ou des communautés entières, il faut les évaluer pour en déterminer l'efficacité.
- **la diffusion des données** concernant l'efficacité des interventions, pour accroître l'étendue des interventions qui ont fait leurs preuves. Que ce soit pour prévenir la maltraitance ou pour améliorer les interventions, il faut avoir des données fiables et de qualité. Les recherches, la collecte systématique de données, ainsi que le contrôle et l'évaluation des programmes sont essentiels au succès d'une approche systématique de la maltraitance des enfants.

Le présent guide sur la prévention de la maltraitance des enfants vise donc à promouvoir une approche systématique reposant sur des preuves et qui en produise de nouvelles sur l'efficacité des interventions, afin de prévenir la maltraitance des enfants et fournir des services aux victimes. Son objectif est notamment d'aider les lecteurs à :

- **comprendre les facteurs qui influencent la maltraitance des enfants**, à l'aide d'un modèle écologique faisant ressortir l'interaction de ces facteurs au niveau individuel, relationnel, communautaire et sociétal ;
- **se familiariser avec les stratégies actuellement employées pour prévenir la maltraitance des enfants** et ce que l'on sait à l'heure actuelle quant à leur efficacité ;
- **comprendre la valeur des méthodes épidémiologiques pour obtenir des données** sur la maltraitance des enfants et celle des approches scientifiques pour effectuer des études d'évaluation des résultats des programmes de prévention et des services aux victimes ;
- **comprendre les besoins en ce qui concerne les services aux enfants maltraités et aux familles**, ainsi que les systèmes d'intervention pour protéger les enfants quand des actes de violence se produisent.

Il n'est pas possible dans un document unique de formuler des suggestions également valables pour tous les contextes et sous-types de maltraitance des enfants. Le présent guide s'intéresse à la maltraitance des enfants âgés de 0 à 14 ans dans un contexte privé (à la maison, par exemple) et qui est le fait des parents ou d'autres membres de la famille. Cette tranche d'âge de 0 à 14 ans a été choisie parce que les études montrent que, vers 14 ans, le risque de violence de la part de l'un des parents ou d'un autre membre de la famille est largement dépassé par le risque de violence de la part de pairs ou d'autres personnes ne faisant pas partie de la famille. Le contexte privé a été retenu parce que, contrairement aux contextes institutionnels et publics où les politiques et codes de conduite préventifs peuvent être appliqués et contrôlés, il nécessite un ensemble spécifique de stratégies de prévention. Ces stratégies doivent combiner le respect de l'autonomie et de la vie privée individuelle, d'une part, avec le besoin d'une intervention pour le bien commun et au nom des enfants pris individuellement.

Résumé du contenu

Le *Chapitre 1* décrit le phénomène de la maltraitance des enfants et donne un aperçu de son ampleur, de ses répercussions et de son coût. Il offre aussi un cadre écologique pour comprendre la prédisposition à la maltraitance en fonction des causes et des facteurs de risque individuels, relationnels familiaux étroits, communautaires et sociétaux.

Le *Chapitre 2* formule des suggestions sur la manière de collecter des données qui

soient utilisables pour réaliser et contrôler une action préventive et fournir un service. Les systèmes qui enregistrent des données sur les cas de maltraitance d'enfants constatés par les services disponibles sont à distinguer des études épidémiologiques qui recourent à des méthodes d'enquête de population pour identifier tous les cas de maltraitance et pas seulement ceux qui se présentent aux services disponibles.

Au niveau de la population, le chapitre recommande que des études à grande échelle sur les enfants et les adultes soient menées sous l'angle de leur exposition à la maltraitance, ainsi que sous l'angle d'autres facteurs négatifs, sur leurs comportements à risque et sur leur actuel état de santé. Le chapitre suggère que les systèmes de collecte de données des établissements de soins accordent la priorité à deux catégories. D'une part, les données qui aideront à garantir une gestion cohérente des cas et le suivi des cas individuels dans le temps et en fonction des différents fournisseurs de services. D'autre part, les données portant sur un nombre relativement petit d'éléments constants dans tous les cas enregistrés.

Le *Chapitre 3* se penche sur la promotion de la prévention de la maltraitance des enfants. Il avance que de nouveaux efforts en matière de prévention devraient être faits en fonction des données relatives aux interventions efficaces, prometteuses ou incertaines, et de façon à satisfaire aux critères des études d'évaluation des résultats. Il décrit les stratégies de prévention au niveau individuel, familial, communautaire et sociétal. Il formule des recommandations pratiques sur la manière de concevoir une intervention en tant qu'étude d'évaluation des résultats, avec un tableau contenant une liste de suggestions pour des résultats possibles immédiats, à moyen terme et à long terme.

Le *Chapitre 4* traite des services aux victimes de maltraitance et à leur famille, ainsi que des interventions pour protéger les enfants maltraités. Il souligne le manque de données sur l'efficacité des services de protection de l'enfance.

Le *Chapitre 5* conclut le guide en mettant en relief les recommandations sur l'utilisation des données dans le cadre des interventions, sur la conception des programmes d'intervention et sur les services aux victimes. Lorsque l'on intervient de manière systématique dans les cas de maltraitance d'enfants en recourant à ces recommandations, les interventions qui en résultent, fondées sur des données, produiront à leur tour des données sur l'efficacité des stratégies de prévention et des services aux victimes.

La nature et les conséquences de la maltraitance des enfants

1.1 Qu'est-ce que la maltraitance des enfants ?

La maltraitance des enfants renvoie aux mauvais traitements physiques et affectifs, aux sévices sexuels, au manque de soins ou à la négligence envers les enfants, ainsi qu'à leur exploitation commerciale ou autre. Elle a lieu dans des contextes nombreux et divers. Les agresseurs d'enfants peuvent être :

- les parents ou d'autres membres de la famille ;
- les personnes qui s'en occupent ;
- des amis ;
- des connaissances ;
- des étrangers ;
- des personnes qui occupent un poste à responsabilité – enseignants, soldats, officiers de police et membres du clergé ;
- des employeurs ;
- des travailleurs de la santé ;
- d'autres enfants.

La maltraitance des enfants est un sujet complexe. Sa dynamique et les facteurs qui la déclenchent, ainsi que les stratégies de prévention efficaces diffèrent selon l'âge des victimes, le contexte dans lequel elle a eu lieu et le lien entre la victime et l'auteur de la violence.

La violence envers les enfants, perpétrée par des adultes au sein de la famille, est l'une des formes les moins visibles de maltraitance d'enfants, car elle se produit le plus souvent dans l'intimité de la vie domestique, mais elle n'en est pas moins largement répandue dans toutes les sociétés. La maltraitance des enfants par les parents et les personnes qui s'en occupent soulève des difficultés particulières dans la conception de stratégies de prévention et de services aux victimes, étant donné que les auteurs des mauvais traitements sont aussi source d'affection pour les enfants.

Bien qu'il soit impossible d'avancer des chiffres certains quant au nombre d'enfants maltraités par leurs parents ou d'autres membres de la famille, cette maltraitance est reconnue à l'échelle internationale comme un grave problème de santé publique et de droits de la personne humaine, ainsi qu'un grave problème juridique et social.

La nature et la gravité de la violence en soi et ses répercussions peuvent grandement varier. Dans les cas extrêmes, la maltraitance des enfants peut mener à la mort. Dans la majorité des situations de maltraitance, les blessures corporelles sont de conséquence moins grave sur le bien-être des enfants que les conséquences psychologiques et psychiatriques, et les incidences à long terme sur le développement neurologique, cognitif et affectif et la santé en général.

La maltraitance des enfants et les lésions à un cerveau en plein développement

Ces dernières années ont vu la recrudescence des recherches sur le développement du cerveau des enfants en bas âge et notamment les répercussions de la maltraitance sur un cerveau en plein développement au cours de la première enfance et de la petite enfance. Ces recherches commencent à indiquer clairement que le développement cérébral peut être physiologiquement altéré par un stress prolongé, grave ou imprévisible – dont la maltraitance – au cours des premières années de l'enfance. Ce genre d'altération dans le développement cérébral peut à son tour avoir des effets négatifs sur le développement physique, cognitif, affectif et social des enfants.

Différentes régions du cerveau se développent sous l'effet d'une stimulation qui y engendre une activité. Avec le temps, le cerveau grandit en taille et densité et atteint 90% de sa taille définitive à l'âge de 3 ans. Si les stimulations et l'affection font défaut, par exemple, si les parents ou les personnes qui s'occupent des enfants lui sont hostiles ou ne s'intéressent pas à lui, son développement cérébral risque d'être déficient. Comme le cerveau s'adapte à son environnement, il s'adaptera aussi bien à un environnement négatif qu'à un environnement positif.

Le stress chronique sensibilise les canaux névralgiques et surdéveloppe les régions du cerveau qui interviennent en cas d'anxiété et de crainte. Il en résulte souvent aussi un surdéveloppement d'autres canaux névralgiques et d'autres régions du cerveau. Le cerveau des enfants qui souffrent de stress – à cause de mauvais traitements physiques, de violence sexuelle ou de négligence chronique – consacrera ses ressources à la survie et à réagir aux menaces de l'environnement. Cette stimulation chronique du cerveau en réponse à la peur signifie que des régions particulières du cerveau seront fréquemment activées. Ces régions auront donc tendance à être surdéveloppées aux dépens d'autres qui ne peuvent pas être activées au même moment, comme les régions qui sont impliquées dans la pensée complexe. En conséquence, les régions du cerveau des enfants, qui ne sont pas associées à la réponse à la peur, risquent de ne pas être « disponibles » pour l'acquisition de connaissances.

L'incidence d'événements survenus au cours de la première et de la petite enfance sur le développement cérébral est à la base de l'expression de l'intelligence, des émotions et de la personnalité. Lorsque ces événements sont avant tout négatifs, les enfants risquent d'avoir des problèmes affectifs, comportementaux et d'acquisition des connaissances qui persisteront tout au long de leur vie, en particulier si les interventions ciblées font défaut. Par exemple, les enfants qui ont souffert de mauvais traitements et de négligence de façon chronique durant leurs premières années risquent d'être continuellement dans un état d'hyperexcitation, de dissociation, s'attendant à ce qu'une menace surgisse de n'importe où. Ils risquent de ne pas pouvoir dûment profiter d'expériences sociales, affectives ou cognitives. Pour apprendre et assimiler de nouvelles connaissances, dans une salle de classe ou dans le cadre d'une expérience sociale nouvelle, le cerveau des enfants doit être dans un état d'« attention posée », dans lequel se trouve rarement un enfant traumatisé. Les enfants qui n'ont pas pu développer de liens sains avec les personnes qui s'occupaient d'eux et dont les expériences affectives dans leur jeune âge, du fait de leurs répercussions sur le cerveau, n'ont pas pu créer la base nécessaire à un développement affectif positif, risquent d'avoir des aptitudes peu propices à l'empathie. L'aptitude à éprouver des remords et de l'empathie part de l'expérience. Dans des cas extrêmes, si un enfant n'éprouve aucun attachement pour aucun être humain, on ne peut pas attendre de lui qu'il regrette d'avoir blessé ou même tué quelqu'un.

Il existe quelques données montrant qu'une intervention précoce et intensive peut minimiser les effets à long terme des mauvais traitements et traumatismes cérébraux. Cependant, même si une intervention précoce auprès des enfants maltraités peut minimiser les effets de la violence et de la négligence, il est considérablement plus profitable de prévenir la maltraitance. Les coûts, à la fois humains et économiques, des efforts faits pour soigner ces enfants sont bien plus élevés que les coûts de la prévention de la maltraitance et donc des actions en faveur d'un développement cérébral sain au cours des premières années de la vie.

Adapté de : *In focus: understanding the effects of maltreatment on early brain development*. National Clearinghouse on Child Abuse and Neglect Information, Washington, DC, 2001. Disponible sur : <<http://nccan.ch.acf.hhs.gov/pubs/focus/earlybrain/index.cfm>> (visité le 5 mai 2006).

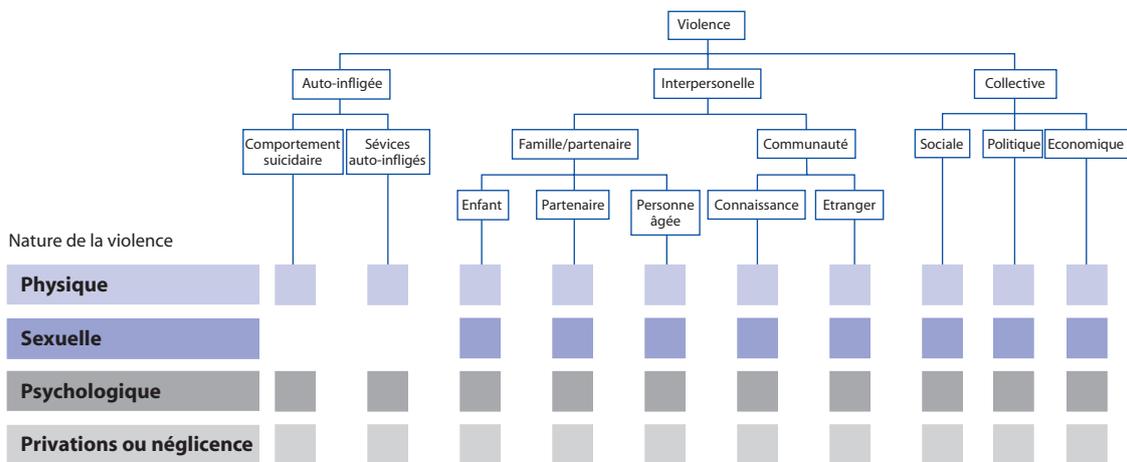
Typologie de la violence

La maltraitance des enfants rejoint d'autres formes de violence – la violence à l'égard d'un partenaire intime, la violence communautaire, la violence des jeunes et le suicide – associées à la fois à des facteurs de causalité et de risque. Il est donc utile de situer la maltraitance des enfants dans une catégorisation plus large de la violence. Suivant la typologie présentée dans le *Rapport mondial sur la violence et la santé*, la violence peut se diviser en trois grandes catégories selon le contexte dans lequel elle est commise.

- **La violence auto-infligée** désigne la violence où l'auteur et la victime sont la même personne. Elle se subdivise en sévices auto-infligés et suicide.
- **La violence interpersonnelle** désigne la violence entre individus. Cette catégorie se subdivise en violence familiale et à l'égard d'un partenaire intime, et en violence communautaire. La première comprend les mauvais traitements infligés aux enfants, la violence envers le partenaire intime et la maltraitance des personnes âgées. La violence communautaire se divise en actes de violence commis par des connaissances et actes de violence commis par des étrangers. Elle comprend la violence des jeunes, les agressions commises par des étrangers, la violence associée aux crimes contre la propriété et la violence en milieu de travail et dans d'autres milieux institutionnels.
- **La violence collective** désigne les actes de violence commis par des groupes de personnes plus nombreux et se subdivise en violence économique, sociale et politique.

Chacune de ces catégories est inhérente à la *nature même* des actes de violence. Cette violence peut être physique, sexuelle, psychologique ou un acte de négligence. La classification de la violence en fonction du type et de la nature de l'acte (Figure 1.1) offre un cadre de référence utile pour comprendre la place de la maltraitance des enfants dans les schémas complexes de la violence.

Figure 1.1 Typologie de la violence



La maltraitance des enfants coexiste avec d'autres types de violence. Par exemple, les actes de maltraitance perpétrés par des adultes au sein de la famille se produisent souvent dans le même contexte que les actes de violence à l'égard du partenaire. Les enfants maltraités risquent encore davantage, dans ces conditions, de commettre eux-mêmes par la suite des actes de violence ou de devenir les victimes de multiples types de violence – comme le suicide, la violence sexuelle, la violence chez les jeunes, la violence à l'égard du partenaire intime et la maltraitance des enfants. Le même ensemble de facteurs – à savoir la consommation nocive d'alcool, l'isolement de la famille et l'exclusion sociale, le chômage élevé et les inégalités sociales – se retrouve à la base de différents types de violence. Les stratégies de prévention d'un type de violence et qui visent les facteurs sous-jacents communs sont donc susceptibles de prévenir plusieurs types de violence.

Définitions conceptuelles de la maltraitance des enfants

La maltraitance des enfants

La maltraitance des enfants se définit comme suit :

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 des enfants, sa survie, son développement ou sa dignité dans le contexte d'une relation de responsabilité, de confiance ou de pouvoir.^{1,2}

Tel qu'indiqué plus haut, le *Rapport mondial sur la violence et la santé* et la *Consultation sur la Prévention de la maltraitance de l'enfant* de 1999, Organisation mondiale de la Santé, distinguent quatre types de violence envers les enfants :

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

La violence physique

On entend par violence physique exercée contre un enfant l'usage intentionnel de la force physique qui entraîne – ou risque fortement d'entraîner – un préjudice réel pour la santé de l'enfant, sa survie, son développement ou sa dignité. Cela comprend les actes qui consistent à frapper, battre, donner des coups de pieds, secouer, mordre, étrangler, infliger des brûlures de toutes sortes, empoisonner et faire suffoquer. Bien des actes de violence envers des enfants sont infligés à la maison dans le but de punir.

La violence sexuelle

On entend par violence sexuelle la participation d'un enfant à une activité sexuelle qu'il n'est pas pleinement en mesure de comprendre, à laquelle il ne peut consentir en connaissance de cause ou pour laquelle il n'est pas préparé du point de vue de son développement, ou encore qui viole les lois ou les tabous sociaux de la société. Les enfants peuvent être à la fois victimes de violence sexuelle exercée par des adultes et par d'autres enfants qui – du fait de leur âge ou de leur stade de développement – ont un lien de responsabilité, de confiance ou de pouvoir avec la victime.

La violence psychologique

La violence psychologique est à la fois le fait d'incidents isolés et de l'échec de l'un des parents ou de l'une des personnes s'occupant des enfants à fournir un environnement qui soit approprié et favorable au développement des enfants. Les actes de cette catégorie risquent fortement d'entraîner pour l'enfant des préjudices pour sa santé mentale ou son développement physique, mental, spirituel, moral ou social. Les abus de ce type sont la restriction de mouvement, les propos désobligeants, accusateurs, menaçants, effrayants, discriminatoires ou humiliants et d'autres formes de rejet ou de traitement hostile.

La négligence

La négligence concerne des incidents isolés et le défaut de la part de la part de l'un des parents ou membres de la famille de pouvoir subvenir au développement et au bien-

¹ *Rapport d'une consultation sur la prévention de la maltraitance de l'enfant, 29–31 Mars 1999*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1999 (document WHO/HSC/PVI/99.1).

² Krug EG et al., eds. *Rapport mondial sur la violence et la santé*, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2002.

être des enfants – s’il est en mesure de le faire – dans un ou plusieurs des domaines suivants :

- santé ;
- éducation;
- développement affectif ;
- nutrition;
- foyer et conditions de vie en sécurité.

Les parents d’enfants négligés ne sont pas nécessairement pauvres. Ils peuvent tout aussi bien être aisés.

1.2 Ampleur du problème

Selon l’Organisation mondiale de la Santé, en 2002, 31 000 enfants de moins de 15 ans ont été victimes d’homicides. Il est possible que les morts d’enfants dues à de mauvais traitements passent inaperçues, même dans les quelques pays à revenu élevé qui en font le suivi et que, pour cette raison, les chiffres sous-estiment le nombre réel de décès d’enfants suite à de mauvais traitements. 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.

Les nourrissons et les enfants d’âge préscolaire sont ceux qui risquent le plus de subir des traitements entraînant la mort du fait de leur dépendance, de leur vulnérabilité et leur relative invisibilité sociale. Leurs cas sont ceux qui ont le moins de chance d’être portés à l’attention des personnes en mesure de contrôler les soins qui leur sont prodigués et leur sécurité et qui ne sont pas des membres de la famille ou des personnes s’occupant d’eux. Le risque de mauvais traitement entraînant la mort est deux à trois fois plus élevé dans les pays à faible et moyen revenu que dans les pays à revenu élevé. Il est aussi plus grand dans les sociétés avec de fortes inégalités sociales que dans celles où les richesses sont mieux distribuées. La cause la plus courante de mort est la blessure à la tête, suivie des blessures abdominales et des suffocations intentionnelles. Bien qu’il soit impossible de spécifier la proportion d’homicides d’enfants commis par les parents et d’autres membres de la famille, des études spéciales sont réalisées, principalement dans les pays à revenu élevé, donnant à penser que les membres de la famille sont responsables de la majorité des homicides d’enfants de 0 à 14 ans.

Les décès ne représentent qu’une petite fraction du problème de la maltraitance des enfants. Chaque année, des millions d’enfants sont victimes d’abus et de négligence n’entraînant pas la mort. Quelques études internationales rapportent des violences physiques graves et fréquentes – les parents qui battent, donnent des coups de pied ou attachent l’enfant, par exemple. La violence physique exercée contre les enfants est en général infligée pour punir et elle est acceptée par les parents, comme une norme sociale qui prévaut et est souvent même considérée de droit comme une forme correcte de discipline (Encadré 1.2). Par ailleurs, selon des études effectuées dans le monde entier, environ 20 % des femmes et 5 % à 10 % des hommes déclarent avoir été victimes de violence sexuelle étant enfants. Beaucoup d’enfants souffrent de violence psychologique aussi bien que de négligence, dont on ignore l’ampleur du phénomène dans le monde. Dans quelques pays, la négligence représente la plus grande proportion des cas de maltraitance. Les filles sont en général plus exposées à la violence sexuelle et les garçons plus exposés à des punitions physiques sévères. Dans certaines régions, les inégalités entre les sexes et la discrimination sexuelle exposent davantage les filles à la mort suite à de

ENCADRÉ 1.2

Discipline ou punition ?

Discipline, s'agissant d'enfant, implique éducation et aide à la formation du jugement, du sens des limites, de la maîtrise de soi, de l'autosuffisance et d'une attitude sociale positive. La discipline est souvent confondue avec punition, en particulier par les personnes qui s'occupent d'enfants et ont recours au châtement corporel pour corriger et modifier leur comportement. Il existe des différences entre discipline et punition.

Les stratégies positives de discipline reconnaissent la valeur individuelle des enfants. Elles visent à renforcer leur opinion d'eux-mêmes et leur capacité à se comporter de manière appropriée, à établir des relations positives.

La punition, quant à elle, implique soit des mesures physiques ou psychologiques qui sont le reflet de la colère ou du découragement des personnes s'occupant des enfants, plutôt que des stratégies raisonnées pour l'encourager à comprendre le comportement qu'on attend de lui. Ce genre de punition a recours à des moyens de contrôle externes et implique pouvoir et dominance. De plus, ces punitions sont souvent inadaptées à l'âge de l'enfant et à son stade de développement.

Les punitions corporelles impliquent l'usage de la force physique. Cela a été une pratique courante dans bien des sociétés par le passé et les formes adoptées concrètement varient selon les cultures et les religions. Les recherches ont montré cependant que cette pratique ne modifie pas efficacement, tel que souhaité et à long terme, le comportement. Ses conséquences psychologiques et comportementales varient selon la fréquence et la sévérité des punitions, ainsi que selon l'âge, le stade de développement, la vulnérabilité et la résistance des enfants. Les punitions corporelles peuvent avoir un rapport avec la dépression. Elles humilient les enfants et peuvent entraîner des préjudices corporels et de graves anomalies liées au développement.

Il faut qu'une stratégie sur la maltraitance des enfants détermine à quel degré une punition corporelle est acceptable, si tant est qu'elle le soit, avant de basculer dans la violence. Les facteurs à considérer en l'occurrence sont notamment l'âge des enfants, le motif de la punition corporelle et les alternatives disponibles. Une punition corporelle ne doit cependant jamais être sévère au point de blesser l'enfant – qu'il s'agisse notamment d'ecchymoses, de mutilations physiques ou de dommages psychologiques.

Tous les enfants ont besoin de discipline et il est plus bénéfique pour eux de les aider à s'autodiscipliner. Il faudrait donc encourager une approche en ce sens qui recourt aux alternatives à la punition corporelle, comme les méthodes consistant à distraire l'enfant d'une intention première et à le réorienter vers une autre, à instaurer un temps de réflexion, à établir des règles et des limites appropriées à son âge et à son stade de développement, à résoudre les problèmes et à supprimer des privilèges.

mauvais traitements, notamment la pratique de l'infanticide des filles, appelé « crime d'honneur », et la négligence du fait de leur sexe.

1.3 Conséquences de la maltraitance des enfants

Les répercussions sur la santé et la société de la maltraitance des enfants sont plus généralisées que les seuls décès et blessures, et plus préjudiciables à la santé physique et mentale des victimes, ainsi qu'à leur développement. Des études indiquent que l'exposition aux mauvais traitements et à d'autres formes de violence au cours de l'enfance est associée à des facteurs de risque et à des comportements à risque par la suite, dont la victimisation violente et la perpétration d'actes de violence, la dépression, le tabagisme, l'obésité, les comportements sexuels à risque élevé, la grossesse non désirée, l'alcoolisme et la toxicomanie. Ces facteurs de risque et de comportements à risque peuvent être l'une des principales causes de décès, de maladie et d'infirmité – comme les maladies cardiaques, les maladies transmissibles sexuellement, les cancers et les suicides. La maltraitance des enfants a donc de grandes répercussions sur la santé physique et mentale et ces répercussions sont coûteuses, aussi bien pour l'enfant que pour la société, tout au long de la vie de la victime (Encadré 1.3).

ENCADRÉ 1.3

Rapports entre la maltraitance des enfants et les expériences négatives durant l'enfance entraînant la mort à l'âge adulte : étude sur les expériences négatives durant l'enfance

L'étude sur les expériences négatives durant l'enfance, à laquelle ont participé quelque 17 300 personnes d'âge moyen, de classe moyenne, travaillant et résidant pour la plupart dans l'État de Californie, donne à penser que les mauvais traitements durant l'enfance et le dysfonctionnement du foyer contribuent, des décennies plus tard, au développement des maladies chroniques qui sont les causes les plus courantes de décès et d'infirmités aux États-Unis.

L'étude a examiné les effets à long terme de la maltraitance et du dysfonctionnement du foyer pendant l'enfance et en particulier : la violence psychologique, physique et sexuelle ; la violence envers la mère ; et le fait de vivre avec d'autres membres de la famille abusant de substances toxiques, suicidaires ou souffrant de maladie mentale, ou encore ayant fait de la prison.

L'étude a constaté qu'il existe un lien marqué entre le nombre d'expériences négatives (dont la violence physique et sexuelle dans l'enfance) et le tabagisme, l'obésité, l'inactivité, l'alcoolisme, la toxicomanie, la dépression, les tentatives de suicide, la promiscuité sexuelle et les maladies sexuellement transmissibles par la suite, signalés par les intéressés. Par ailleurs, les personnes qui ont indiqué le plus d'expériences négatives durant l'enfance étaient les plus susceptibles de manifester des comportements à risque, qui, selon l'étude, faisaient office de systèmes de défense. De même, plus les expériences vécues dans l'enfance étaient négatives, plus la personne était susceptible d'avoir une crise cardiaque, un cancer, une congestion cérébrale, du diabète, des fractures osseuses, des problèmes hépatiques et une mauvaise santé à l'âge adulte.

La maltraitance et d'autres expériences négatives durant l'enfance risquent donc d'être parmi les facteurs fondamentaux qui sous-tendent les risques pour la santé, la maladie et la mort, et pourraient faire l'objet d'un examen systématique chez tous les patients.

Cette étude et ses résultats portent sur une population particulière aux États-Unis, mais il est raisonnable de supposer que l'on trouverait des tendances similaires dans des pays ayant des revenus et un développement social différents.

Source : Felitti VJ et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: the Adverse Childhood Experiences (ACE) study. *American Journal of Preventive Medicine*, 1998, 14:245-258.

1.4 Coût de la maltraitance des enfants

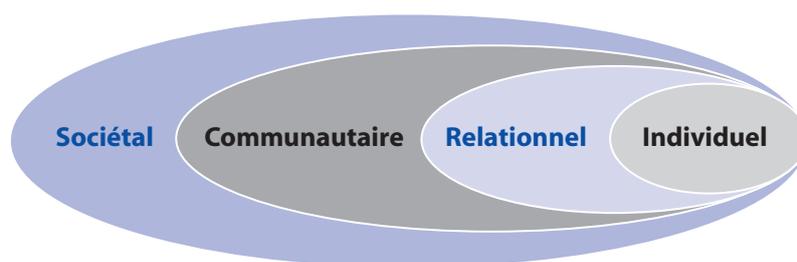
La maltraitance des enfants, en plus de son coût social et des dépenses en soins qu'elle occasionne, a une incidence économique énorme en matière de coûts médicaux directs, de pertes de revenu et de recettes fiscales, en raison des décès prématurés, des services d'éducation spécialisée, des services psychologiques et de santé, de protection, de placement familial, de prévention, ainsi qu'en raison de la criminalité chez les adultes et des incarcérations liées à de mauvais traitements exercés contre des enfants. Il existe peu d'études qui aient tenté de considérer dans leurs estimations les coûts à long terme des soins de santé prodigués aux individus. On dispose cependant de résultats qui sous-estiment le coût économique réel de la maltraitance des enfants. Selon une étude réalisée aux États-Unis¹ sur un ensemble de données, les coûts annuels directs et indirects de la maltraitance des enfants représentent un total de 94 milliards de dollars, soit 1 % du produit intérieur brut du pays. Les hospitalisations comptent pour 3 milliards de dollars, les traitements en santé mentale, pour 425 millions de dollars et les coûts consacrés au bien-être des enfants se montent à 14, 4 milliards de dollars. La criminalité chez les adultes liée à la violence envers les enfants représente la composante la plus large, estimée à une somme annuelle de 55, 4 milliards de dollars.

¹ Fromm S. *Total estimated cost of child abuse and neglect in the United States: statistical evidence*. Chicago, IL, Prevent Child Abuse America (PCAA), 2001. Disponible sur le site : <http://member.preventchildabuse.org/site/PageServer?pagename=research_reports_and_surveys> (visité le 1^{er} juin 2006).

1.5 Facteurs de prédisposition et facteurs de risque

Aucun facteur pris séparément n'explique à lui seul pourquoi certaines personnes ont un comportement violent envers les enfants ou pourquoi la maltraitance d'enfants est plus courante dans certaines communautés que dans d'autres. Comme pour les autres formes de violence, on comprend mieux la maltraitance des enfants si l'on analyse l'interaction complexe de plusieurs facteurs à différents niveaux – ce qui est capital si l'on veut effectivement traiter le problème. La Figure 1.2 présente un modèle écologique montrant l'interaction entre ces différents facteurs.

Figure 1.2 Modèle écologique décrivant les facteurs de risque en matière de maltraitance des enfants



Le premier niveau du modèle – le niveau *individuel* – concerne les variables biologiques, comme l'âge et le sexe, ainsi que les facteurs liés aux antécédents personnels qui peuvent prédisposer un individu à infliger de mauvais traitements à un enfant.

Le niveau *relationnel* examine les liens sociaux étroits – par exemple avec les membres ou amis de la famille – qui ont une incidence sur le risque d'exercer et de subir de mauvais traitements.

Les facteurs du niveau *communautaire* concernent les contextes dans lesquels ont lieu les relations sociales – de voisinage, en milieu de travail et à l'école, par exemple – et en quoi leurs caractéristiques particulières peuvent jouer un rôle dans la maltraitance des enfants.

Les facteurs du niveau *sociétal* renvoient aux conditions sous-jacentes de la société qui entraînent la maltraitance – comme les normes sociales encourageant les châtiments physiques sévères envers les enfants, les inégalités économiques et l'absence du filet de sécurité qu'est le bien-être social.

D'autres recherches doivent être menées pour comprendre pleinement la dynamique des facteurs à tous les niveaux du modèle écologique et dans les différentes cultures, mais il existe déjà un corpus substantiel de connaissances sur ce qui est susceptible d'augmenter la maltraitance des enfants.

On appelle *facteurs de risque* les facteurs susceptibles d'augmenter la maltraitance des enfants et *facteurs de protection* ceux qui sont susceptibles de la diminuer. Les facteurs de risque énumérés ci-dessous ne sont pas nécessairement en soi des diagnostics de maltraitance des enfants chaque fois qu'on les détecte. Cependant, dans des milieux à revenus limités, les enfants et les familles identifiés comme présentant *plusieurs* de ces facteurs devraient bénéficier en priorité de services.

Facteurs individuels

Facteurs de risque chez les parents et les personnes s'occupant d'enfants

Certains facteurs chez les parents et d'autres membres de la famille augmentent les risques de maltraitance. L'un ou l'autre des parents ou personnes s'occupant des enfants :

- a de la difficulté à établir un lien affectif avec un enfant nouveau-né – par exemple, suite à un accouchement difficile, des complications lors de l'accouchement ou parce que le bébé déçoit ;
- ne manifeste pas d'intérêt envers l'enfant ;
- a été maltraité étant enfant ;
- manque de connaissances sur le développement des enfants ou a des attentes irréalisables qui l'empêchent de comprendre les besoins et les comportements des enfants – par exemple, il interprète le mauvais comportement d'un enfant comme étant intentionnel, plutôt qu'un stade de son développement ;
- réagit par des punitions ou des actes excessifs ou violents face à des comportements perçus comme étant inappropriés ;
- approuve le châtement corporel comme moyen de discipliner l'enfant ou le croit efficace ;
- a recours au châtement corporel pour discipliner l'enfant ;
- souffre de problèmes physiques ou mentaux ou de déficience intellectuelle interférant avec sa capacité de parent ;
- ne sait pas se maîtriser lorsqu'il est contrarié ou en colère ;
- abuse d'alcool ou de drogues, même durant la grossesse, si bien que ses aptitudes à prendre soin des enfants s'en ressentent ;
- est impliqué dans des activités criminelles qui compromettent ses rapports avec l'enfant ;
- est socialement isolé ;
- est déprimé, se dévalorise ou se sent inapte – ce qui renforce son incapacité à satisfaire les besoins des enfants ou de la famille ;
- n'a guère d'aptitudes en matière d'éducation en raison de son jeune âge ou par manque d'instruction ;
- éprouve des difficultés financières.

Facteurs de risque chez l'enfant

Dire que certains facteurs de risque se rapportent à l'enfant ne signifie pas que cet enfant soit responsable des mauvais traitements dont il souffre, mais plutôt que la situation est plus difficile pour les parents parce que :

- l'enfant n'était pas désiré, ne répond pas aux attentes ou souhaits du parent – par exemple, en raison de son sexe, de son apparence, de son tempérament ou d'anomalies congénitales ;
- c'est un nourrisson qui a de grands besoins – par exemple, il est né prématurément, il pleure constamment, il est mentalement ou physiquement handicapé ou il souffre d'une maladie chronique ;
- il pleure de façon persistante et n'est pas facile à calmer ou à consoler ;
- il présente des caractéristiques physiques, telles des anomalies faciales, faisant horreur au parent qui réagit en s'éloignant de lui ;
- il présente des symptômes de maladie mentale ;
- il a des traits de personnalité ou de caractère perçus par le parent comme étant problématiques – comme l'hyperactivité ou l'impulsivité ;
- il est issu d'un accouchement multiple qui dépasse les capacités du parent en ce qui concerne cet enfant ;
- il a un ou plusieurs frères et sœurs – peut-être proches en âge – qui requièrent beaucoup d'attention de la part du parent ;
- c'est un enfant qui extériorise des traits de comportement dangereux ou est exposé

à des comportements dangereux – comme la violence, le comportement criminel du partenaire intime, les sévices auto-infligés, la violence envers les animaux ou l'agression continue de pairs.

Facteurs relationnels

La composition des familles peut varier grandement en fonction de leurs circonstances propres et des normes de la société locale. Dans de nombreuses communautés, la famille nucléaire « traditionnelle » consistant en une mère et un père mariés et des enfants peut ne pas être la norme. Il peut y avoir à la tête de la famille des mères célibataires, des pères célibataires, des couples de sexe identique, des frères ou des sœurs ou des personnes âgées. Les facteurs de risque de maltraitance d'enfant relevant de relations dans la famille, avec des amis, des partenaires intimes et des pairs sont, entre autres, les suivants :

- le manque d'attachement entre le parent et l'enfant et l'absence de liens affectifs ;
- les problèmes de santé physique, mentale ou liés au développement d'un membre de la famille ;
- l'éclatement de la famille – problèmes de mariage ou de relations intimes – provoquant chez l'enfant ou l'adulte une maladie mentale, de la tristesse, un sentiment de solitude, des tensions ou des disputes à propos de la garde des enfants ;
- la violence dans la famille entre les partenaires se partageant l'éducation des enfants, entre les enfants ou entre les partenaires en éducation et les enfants ;
- les rôles en fonction du sexe et les rôles dans les rapports intimes, y compris le mariage, qui sont irrespectueux envers une ou plusieurs personnes dans la maison ;
- le fait d'être isolé de la communauté ;
- le manque d'un réseau de soutien en cas de rapports tendus ou difficiles ;
- un soutien moindre à l'enfant du fait de l'augmentation de la famille ;
- la discrimination envers la famille pour des raisons d'ethnicité, de nationalité, de religion, de sexe, d'âge, d'orientation sexuelle, d'infirmité ou de style de vie ;
- l'implication dans des activités criminelles ou violentes dans la communauté.

Facteurs communautaires

Les caractéristiques de l'environnement communautaire associées à l'augmentation de risques de maltraitance des enfants sont, entre autres :

- la tolérance de la violence;
- les inégalités sexuelles et sociales dans la communauté ;
- le manque de logements adéquats ;
- le manque de services de soutien aux familles et aux institutions pour répondre aux besoins spécifiques ;
- le chômage élevé ;
- la pauvreté ;
- le taux élevé de plomb ou d'autres toxiques dans l'environnement ;
- les voisinages transitoires ;
- l'accès facile à l'alcool ;
- un trafic local de drogues ;
- des politiques et programmes inadéquats dans les institutions, ce qui favorise la maltraitance des enfants.

Facteurs sociétaux

Les facteurs qui, dans une société, peuvent favoriser la maltraitance des enfants sont, entre autres, les suivants :

- des politiques économiques, de santé et d'éducation menant à des niveaux de vies peu élevés ou à des inégalités et une précarité socio-économique ;
- des normes sociales et culturelles promouvant ou glorifiant la violence envers autrui, y compris le châtement corporel tel que dépeint dans les médias, la musique populaire et les jeux vidéo ;
- des normes sociales et culturelles exigeant des rôles strictement attribués selon le sexe ;
- des normes sociales et culturelles amoindrissant le statut des enfants dans les relations entre parent et enfant ;
- l'existence de la pornographie infantile, de la prostitution infantile et du travail des enfants.

Facteurs de protection

De la même manière qu'il y a des facteurs qui augmentent la prédisposition des enfants et des familles à la maltraitance, il en existe aussi qui peuvent avoir un effet protecteur. Malheureusement, ces facteurs de protection ont fait l'objet de peu de recherches systématiques et ils ne sont pas encore bien compris. Les recherches effectuées jusqu'à présent portent essentiellement sur les facteurs de résistance, c'est-à-dire les facteurs qui diminuent l'impact de la maltraitance sur l'enfant victime. Les facteurs qui semblent favoriser la résistance sont, entre autres, les suivants :

- le solide attachement du jeune enfant envers l'adulte membre de la famille ;
- des soins parentaux attentifs durant l'enfance ;
- l'absence de relations avec des pairs délinquants, alcooliques ou toxicomanes ;
- des rapports chaleureux et d'un grand secours avec un parent non délinquant ;
- l'absence du stress créé par les rapports de violence.

On ignore largement quels facteurs protègent les familles et les enfants contre de nouvelles formes de maltraitance. Peu d'études indiquent que le fait de vivre au sein de communautés où il existe une solide cohésion sociale ait un effet protecteur et réduise le risque de violence, même lorsque d'autres facteurs de risque sont présents dans les familles.

Il ressort des connaissances présentes sur le développement précoce des enfants, les facteurs de risque de maltraitance des enfants et les données sur l'efficacité de certaines stratégies de prévention que les cellules familiales stables peuvent être une source certaine de protection pour les enfants. Une bonne éducation, des liens affectifs solides entre parents et enfants et une discipline positive ne reposant pas sur la violence physique sont vraisemblablement des facteurs de protection. Ces éléments apparemment protecteurs devraient être favorisés en particulier dans les communautés dont la cohésion sociale est peu élevée.

CHAPITRE 2

Données épidémiologiques et données de cas

L'épidémiologie étudie la fréquence et les causes des problèmes de santé dans un groupe donné d'individus. Dans le cas de la maltraitance des enfants, les données épidémiologiques sont nécessaires pour la planification et l'évaluation des stratégies de prévention. Elles servent aussi à traiter avec les personnes et les familles où de mauvais traitements sont infligés à des enfants. Dans bien des régions du monde, les données épidémiologiques sur la maltraitance des enfants font défaut. En conséquence, les décideurs et le public en général refusent souvent d'admettre que cette maltraitance soit un problème grave dans leur société. Des mythes se sont aussi créés autour des facteurs de risque, des caractéristiques des auteurs des mauvais traitements, des effets possibles de la violence et d'autres aspects de la maltraitance. C'est seulement avec des données exactes que l'on pourra dissiper ces idées fausses et remplacer les hypothèses par des faits.

Les données épidémiologiques sur la maltraitance des enfants et ses conséquences peuvent avoir une incidence directe sur la prévention du phénomène :

- en produisant une définition quantitative du problème qui soit utilisable par un ensemble de groupes et de secteurs concernés ;
- en produisant des données systématiques sur la fréquence, les causes et les conséquences de la maltraitance des enfants au niveau local, régional et national ;
- en permettant l'identification précoce des tendances émergentes et des sources des problèmes en la matière, de façon à mettre au point des interventions appropriées avant qu'il ne soit trop tard ;
- en suggérant des priorités de prévention parmi les situations à risque élevé de maltraitance subie ou exercée, ainsi que des priorités quant aux facteurs de risque qui y sont associés ;
- en produisant des moyens d'évaluation des répercussions des efforts de prévention ;
- en contrôlant les variations saisonnières et les modifications longitudinales de la prévalence et des caractéristiques de la maltraitance des enfants et les facteurs de risque qui s'y rattachent ;
- en donnant une vue d'ensemble de la répartition géographique des cas de maltraitance d'enfants pouvant aider à situer le lieu de futurs services de protection et d'autres services de soutien aux victimes.

Les données recueillies sur les cas de maltraitance d'enfants portés à l'attention des services et établissements spécialisés – comme les services de protection de l'enfance, d'assistance téléphonique et la police – contrastent avec les données épidémiologiques. L'accès à et l'utilisation de tout service spécialisé est toujours très différent entre un groupe de population et un autre. Les données de cas recueillies par ces services et établissements ne peuvent pas servir à mesurer l'ensemble de l'étendue du problème de

Quelles particularités offrent les données épidémiologiques ?

Trop souvent, les données statistiques sur la maltraitance des enfants sont recueillies sans se soucier des critères qui sont à la base des études épidémiologiques. Ces efforts louables de collecte de données peuvent bénéficier de ressources substantielles et de la participation de nombreuses personnes et sembler produire des données exactes, objectives – et donc utiles – en vue d'une action. Cependant, à moins que le travail ne soit spécifiquement conçu de manière à respecter les critères épidémiologiques, les résultats ne survivront probablement pas à un examen critique. Au pire, ils risquent de donner du phénomène de la maltraitance des enfants une représentation peu objective et contre-productive. Une normalisation rigoureuse et des méthodes de recherche assurant un contrôle de qualité des données épidémiologiques sont indispensables. Fonder la collecte de données sur des principes épidémiologiques permet de minimiser le manque d'objectivité et donne plus de valeur aux données. Si les taux de maltraitance des enfants présentent des différences apparentes, la première question que l'on doit se poser est : « Se peut-il que les comparaisons soient le fait d'un manque d'objectivité ? » Les données épidémiologiques reposent sur les principes suivants.

Tous les résultats doivent concerner une population donnée. L'épidémiologie mesure le *risque de maltraitance d'enfants dans une population*. Cette caractéristique importante signifie que des conclusions épidémiologiques ne peuvent être tirées de données sur des individus ou des familles dans lesquelles des enfants sont déjà maltraités. En effet, les études épidémiologiques définissent d'abord clairement une population cible et interrogent ensuite tous les individus du groupe pour savoir si de mauvais traitements ont eu lieu. Les populations cibles peuvent être très diverses.

Il peut s'agir de populations géographiques – par exemple, tous les résidents d'une ville ou d'un pays ; des groupes définis par un indicateur socio-économique – par exemple, des familles dont un membre reçoit des allocations de chômage ; ou des populations définies par des critères diagnostiques – par exemple, tous les nourrissons pesant moins d'un certain poids à la naissance. Ces grands groupes de population peuvent être divisés en sous-groupes – en fonction d'un groupe d'âge ou du sexe, par exemple.

Les observations visent les groupes plutôt que les individus. Les observations épidémiologiques s'intéressent avant tout aux groupes de personnes. Elles ont une valeur limitée pour ce qui est de la description exacte et de la prévision des comportements et des résultats individuels. En d'autres termes, les données épidémiologiques servent à prédire quels sous-groupes au sein d'une population ciblée sont susceptibles de poser problème si les causes sous-jacentes ne sont pas traitées, mais elles ne permettent pas de dire quels individus en particulier seront touchés.

Les conclusions reposent sur des comparaisons. Des indices de facteurs de risque sous-jacents à la maltraitance des enfants sont tirés de la comparaison de la fréquence des mauvais traitements dans les groupes présentant divers degrés d'exposition à un ou plusieurs de ces facteurs, par exemple : la fréquence des sévices sexuels exercés sur des nourrissons nés de mères adolescentes seules par rapport aux sévices exercés sur des nourrissons nés de mères adultes dans une famille biparentale en couple ; ou la fréquence des violences physiques infligées aux enfants dans des familles avec ou sans violence de la part du partenaire intime. Pour faire ce genre de comparaisons, il faut bien s'assurer qu'il n'y a pas de distorsions entre les différents groupes en ce qui concerne les sévices exercés et que les niveaux d'exposition à ces sévices sont classés correctement.

la maltraitance d'enfants n'entraînant pas la mort. Tous les rapports sur la maltraitance d'enfants n'entraînant pas la mort qui recourent aux données de cas signalés devraient donc veiller à souligner le caractère limité de ces données et les erreurs qu'elles contiennent.

En dépit de ces limitations, les données de cas recueillies par les établissements de soins servent cependant deux objectifs importants :

- elles assurent la continuité des données sur les cas individuels dans le temps et entre les différents organismes impliqués dans leur gestion ;
- elles permettent de planifier la fourniture des services – à quel moment le niveau des demandes est le plus élevé, quel personnel est nécessaire ou d'où viennent les usagers des services.

Les morts d'enfants dues à la maltraitance forment une catégorie à part, car on ne peut les identifier facilement à travers les études épidémiologiques réalisées dans la popu-

lation ou dans les systèmes d'enregistrement de données des services spécialisés. Ces décès ne peuvent être mesurés de façon fiable qu'à l'aide de systèmes de surveillance de la mortalité par les établissements spécialisés (voir le sous-paragraphe sur les cas fatals de maltraitance d'enfants dans l'Encadré 2.3 ci-dessous).

Pour bien comprendre la maltraitance des enfants dans un endroit donné, il faut disposer des éléments suivants :

- en ce qui concerne les mauvais traitements *n'entraînant pas la mort* :
 - des études épidémiologiques de population ;
 - des données sur des cas individuels et la communication de ces données entre les différents organismes ;
 - la collecte systématique de données sur les cas examinés par les services de soins médicaux d'urgence, les services de protection de l'enfance et d'autres services.
- en ce qui concerne les mauvais traitements *entraînant la mort* :
 - des systèmes de recherche médico-légale sur toutes les morts connues ou soupçonnées dues à des causes externes et inopinées chez de jeunes enfants.

2.1 Définitions opérationnelles de la maltraitance des enfants

Pour classifier et recenser les cas de maltraitance d'enfants, les définitions conceptuelles données à la Section 1.1 doivent être traduites en définitions opérationnelles à l'aide d'un système de classification universellement admis. La Classification statistique internationale des maladies, traumatismes et causes de décès (CIM) est le système normalisé international de diagnostic à toutes les fins générales d'épidémiologie et pour de nombreux soins de santé. On y a recours pour contrôler la fréquence et la prévalence des mauvais traitements infligés aux enfants et pour évaluer ses liens avec d'autres variables, dont les caractéristiques et circonstances des enfants et des familles concernées. Le présent guide recommande que des efforts soient faits pour enregistrer à la fois des cas de maltraitance entraînant la mort et des cas n'entraînant pas la mort d'enfants examinés par les établissements de soins de santé, en codifiant ces cas selon le système de la CIM.

La plupart des pays ont émis des lignes directrices officielles de codification et de signalement, inspirées de la 9^e ou 10^e version révisée de la CIM. Cependant, ces principes directeurs de classification des cas de maltraitance des enfants peuvent ne servir que pour un nombre limité d'établissements, et encore, de façon très sélective, et la codification qui en résulte peut ne pas être fiable. Il sera alors probablement utile de constituer un groupe de travail pour améliorer la classification et mettre au point un ensemble de principes directeurs convenus sur l'attribution des codes de la CIM aux cas de maltraitance d'enfants avérés et soupçonnés.

L'attribution de codes de la CIM à un cas ne se fait qu'après que les professionnels de la santé ont apporté un traitement et fait de leur mieux pour arriver à une conclusion définitive quant aux causes externes du problème présenté. La classification de la cause de la mort se fonde habituellement sur les rapports du coroner et les résultats de l'enquête. Pour les cas n'entraînant pas la mort, la classification de la cause de la blessure se fonde généralement sur les données contenues dans les dossiers enregistrant les sorties des patients hospitalisés dans un établissement de soins et les visites au service des urgences.

Les deux principales composantes de la CIM concernent la *nature* du cas présenté (par exemple, une hémorragie sous-durale traumatique) et sa *cause externe*. Les données font également état du lien entre l'auteur des sévices et la victime, si possible – par exemple, les sévices sont exercés par le beau-père des enfants.

ENCADRÉ 2.2

Règles du ministère américain de la santé et des services sociaux pour l'attribution des codes E9 de la CIM aux cas avérés et soupçonnés de maltraitance d'enfants

A. Principes directeurs en matière de violence envers les enfants et des adultes

1. Lorsque les dommages corporels ou les actes de négligence envers un enfant ou un adulte sont intentionnels, il faudrait leur attribuer le premier code de la liste des catégories de E960 à E968 (à l'exception de la catégorie E967) : « homicide et dommages corporels volontairement perpétrés par autrui ». Il faudrait attribuer le code E967, « sévices autres que la maltraitance infligés à un enfant ou à un adulte » comme code additionnel pour identifier l'auteur des sévices, s'il est connu.
2. Aux cas de négligence déterminés comme étant accidentels, il faudrait attribuer le code E904.0, « abandon ou négligence du nourrisson ou de la personne en difficulté ».

B. Principes directeurs en cas d'intention non avérée ou insoupçonnée

1. Si l'intention (involontaire, auto-infligée ou agressive) de blesser ou d'empoisonner est non avérée ou insoupçonnée, le code pour intention indéterminée ou insoupçonnée est E980–E989.
2. Si l'intention (involontaire, auto-infligée ou agressive) de blesser ou d'empoisonner prête au doute ou est probable ou soupçonnée, le code pour intention indéterminée est E980–E989.

C. Cause indéterminée

Quand l'intention de blesser ou d'empoisonner est connue, mais que la cause en est inconnue, il faut utiliser les codes : E928.9, « accident non spécifié » ; E958.9, « suicide et sévices auto-infligés par des moyens non spécifiés » ; et E968.9, « agression par des moyens non spécifiés ».

La maltraitance des enfants peut avoir un grand nombre de répercussions sur la santé – dont la grossesse, les maladies sexuellement transmissibles, les caries dentaires, les fractures de la voûte crânienne et les brûlures à la jambe. Quoiqu'il soit possible d'identifier certains états de santé qui suggèrent davantage la présence de mauvais traitements que d'autres, c'est par le biais de l'attribution d'une cause externe – ou *code E* – qu'un cas externe est classifié selon que la maltraitance est avérée ou soupçonnée.

Les règles mises au point par le *Department of Health and Human Services* (ministère de la santé publique et des services sociaux) des États-Unis exposées dans l'encadré 2.2. peuvent servir d'exemple aux fournisseurs de soins de santé et aux codificateurs pour l'attribution des codes CIM à une cause externe.

2.2 Études épidémiologiques de population

Les données sur la maltraitance des enfants provenant de cas signalés et d'études qualitatives constituent un bon point de départ pour savoir *si* un problème existe. Cependant, cela n'aide pas à comprendre *comment* la maltraitance des enfants affecte l'ensemble d'une population. Bien des cas de maltraitance d'enfants ne sont jamais détectés ou signalés. On ne peut pas supposer que les mauvais traitements infligés aux enfants dans la population en général soient identiques à ceux faisant l'objet de signalements officiels, ou qui figurent dans les échantillons de commodité souvent utilisés dans la recherche qualitative. Pour mieux saisir l'ampleur de la maltraitance des enfants et ses répercussions à long terme, la collecte de données doit dépasser le cadre de la surveillance des cas et la recherche qualitative et il faut effectuer des études épidémiologiques de population à l'aide d'échantillons aléatoires. Ces études épidémiologiques de population doivent interroger les individus sur :

- leur recours à des châtiments physiques sévères ou modérés ;
- leur exposition à la maltraitance étant enfants ;
- leurs comportements à risque actuels ;
- leur état de santé présent.

Ces études doivent être répétées avec les mêmes groupes d'âge à intervalles réguliers ou avec des groupes d'âge différents dans une seule opération de collecte de données. En plus de fournir des données sur l'ampleur et les répercussions de la maltraitance des enfants, elles peuvent faire le suivi des résultats des efforts de prévention. Par ailleurs, les questions portant sur les facteurs de risque et de protection peuvent être intégrées à d'autres études sur les comportements à risque, ce qui apporterait des données utiles sur les facteurs de risque et de protection.

Parmi les nombreux outils utilisés dans les études de population sur la maltraitance des enfants, quatre sont particulièrement appropriés pour obtenir des données utiles pouvant servir à l'élaboration de politiques et programmes de prévention, à savoir :

- l'échelle de la tactique de résolution des conflits parents-enfants ;
- les questionnaires sur les expériences négatives durant l'enfance ;
- le questionnaire de dépistage de la victimisation dans le cours de la vie ;
- les outils de l'IPSCAN de dépistage de la violence à l'encontre d'enfants.

Échelle des tactiques de résolution des conflits parents-enfants

L'échelle des tactiques de résolution des conflits parents-enfants¹ est une sous-échelle de la *Conflict Tactics Scale* (échelle des tactiques de résolution des conflits) qui consiste en 80 questions élaborées par Straus² pour examiner les conflits et la violence dans la famille. L'échelle porte en particulier sur les adultes dans la famille. Sur ces 80 questions, 20 s'adressent aux parents et concernent leur relation avec leur enfant, 20 autres s'adressent aux parents et concernent le partenaire et les interactions de cette personne avec l'enfant. S'il n'y a pas de partenaire, ces questions ne sont pas posées. Les 40 dernières questions portent sur les interactions entre un parent et son partenaire.

L'échelle des tactiques de résolution des conflits parents-enfants évalue les réactions du parent envers l'enfant. Elle cherche à déterminer si, lors d'un conflit, un parent essaie, par exemple, de discuter de la question calmement, s'il se met à crier après l'enfant ou à l'insulter, s'il quitte la pièce avec fracas, menace l'enfant, lui donne une fessée ou s'il essaie de le frapper. Progressivement, les questions examinent les comportements plus coercitifs et agressifs. Les questions sont classées de 0 à 6, 0 signifiant « jamais » et 6 « presque tous les jours ».

L'échelle des tactiques de résolution des conflits parents-enfants a été largement appliquée dans beaucoup de pays à revenu élevé. Dans le cadre des études du projet WORLDSAFE, elle a aussi servi avec profit à collecter des données sur les comportements des parents et d'autres membres de la famille dans des pays comme le Brésil, le Chili, l'Égypte, l'Inde et les Philippines.

Étude sur les expériences négatives durant l'enfance

Comme noté dans l'introduction, l'un des résultats scientifiques les plus importants de cette dernière décennie a démontré les liens entre la maltraitance des enfants, les comportements à risque et certaines maladies chroniques. Les questionnaires sur les expériences négatives durant l'enfance offrent un plan directeur pour toute nouvelle étude sur ces liens. Ces questionnaires (voir à l'Annexe 1 le contenu des questionnaires) sont présentés dans des versions différentes selon que les répondants sont de sexe féminin ou masculin et ils comprennent des questions sur les antécédents familiaux en

¹ 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 and Neglect*, 1998, 22:249-270.

² Straus MA et al. The revised conflict tactics scales (CTS2): development and preliminary psychometric data. *Journal of Family Issues*, 1996, 17:283-316.

matière de santé, ainsi que des questions pour l'évaluation de la santé physique, afin de réunir des données sur les mauvais traitements durant l'enfance, les dysfonctionnements dans le foyer et tous les facteurs socio-comportementaux.¹

Les questions sur les antécédents familiaux en matière de santé sont au nombre de 68 et elles examinent les différents types de maltraitance d'enfants, les mauvais traitements dus à un dysfonctionnement dans le foyer et les facteurs de risque. *Toutes* les questions commencent par cette phrase : « Durant votre croissance, au cours des 18 premières années de votre vie... ». Pour les différents types de mauvais traitements possibles, le dysfonctionnement au foyer et les facteurs de risque, les questions se succèdent comme suit :

- **Maltraitance par catégorie**
 - *Maltraitance psychologique*

Questions: Un parent ou un adulte à la maison vous a-t-il...

 - souvent ou très souvent dit des injures, insulté ou rabaissé ?
 - a-t-il souvent ou très souvent agi d'une manière qui vous faisait craindre des blessures physiques ?
 - *Maltraitance physique*

Questions : Un parent ou un adulte à la maison vous a-t-il...

 - souvent ou très souvent poussé, saisi ou giflé ?
 - souvent ou très souvent frappé si fort que vous aviez des marques sur le corps ou que vous étiez blessé ?
 - *Maltraitance sexuelle*

Questions: Un parent ou un adulte à la maison vous a-t-il...

 - touché ou caressé d'une manière sexuelle ?
 - lui avez-vous touché le corps d'une manière sexuelle ?
 - a-t-il essayé d'avoir avec vous des rapports sexuels oraux, anaux ou vaginaux ?
 - a-t-il effectivement eu des rapports sexuels oraux, anaux ou vaginaux avec vous ?
- **Dysfonctionnement familial par catégorie**
 - *Abus de drogues*

Questions : Avez-vous...

 - vécu avec un quasi alcoolique ou un alcoolique ?
 - vécu avec un toxicomane ?
 - *Maladie mentale*

Questions :

 - Un membre de la famille souffrait-il de dépression ou de maladie mentale ?
 - Un membre de la famille a-t-il tenté de se suicider ?
 - *Maltraitance de la mère*

Questions : Est-il arrivé que votre mère (ou votre belle-mère) soit...

 - parfois, souvent ou très souvent poussée, saisie ou giflée, ou envoyait-on contre elle des objets durs ?

¹ Il est possible de télécharger les questionnaires à partir du site *United States Centers for Disease Control and Prevention (CDC)* : <http://www.cdc.gov/nccdphp/ace/> (visité le 7 juin 2006). Ils ne sont pas protégés par un droit d'auteur et leur utilisation est gratuite; toutefois, le CDC et la *Kaiser Permanente* (organisation de soins de santé sans but lucratif des États-Unis) demandent les copies de tout article sur les recherches menées à l'aide des questionnaires.

- parfois, souvent ou très souvent frappée du pied, mordue, frappée du poing ou avec un objet dur ?
- frappée à plusieurs reprises pendant au moins cinq minutes ?
- menacée ou blessée avec un couteau ou une arme à feu ?

— *Comportement criminel à la maison*

Question :

- Un membre de la famille a-t-il jamais été en prison ?

• **Facteurs de risque**

— *Questions sur :*

- le tabac ;
- l'obésité grave ;
- l'inactivité physique ;
- la dépression ;
- les tentatives de suicide ;
- l'alcoolisme ;
- l'usage de drogues ;
- l'usage de drogues de la part des parents – comme les drogues injectables ;
- un nombre élevé de partenaires sexuels au cours de la vie (soit, dans le présent contexte, 50 ou plus) ;
- antécédents de maladies sexuellement transmissibles.

Le *Questionnaire d'évaluation de la santé physique* comporte également des questions où le répondant auto-évalue sa santé et l'interroge sur d'éventuels :

- cardiopathies ischémiques (dont les crises cardiaques ou le recours à la nitroglycérine pour les douleurs de poitrine en cas d'effort) ;
- cas de cancer ;
- congestions cérébrales ;
- bronchites chroniques, asthme ou emphyseme (bronchopneumopathie chronique obstructive) ;
- diabète ;
- hépatites ou jaunisses ;
- fractures des os (révélatrices de risques de blessures involontaires) ;
- maux de tête chroniques, maux de dos ou douleurs abdominales.

Au moment de leur rédaction, ces questionnaires sur les expériences négatives durant l'enfance ont été appliqués en Chine et aux États-Unis.

Questionnaire de dépistage de victimisation passé

Les questions sur le dépistage de la victimisation dans le cours de la vie¹ sont tirées d'un questionnaire sur la violence envers les jeunes récemment élaboré pour établir un inventaire de la victimisation durant l'enfance. Il comporte 20 questions couvrant quatre domaines principaux de maltraitance d'enfants et de jeunes :

- violence physique et négligence de la part des parents ou de membres de la famille (quatre questions) ;
- victimisation sexuelle (huit questions) ;
- témoin de violence familiale (deux questions) ;

¹ Turner HA, Finkelhor D, Omrod R. The effect of lifetime victimization on the mental health of children and adolescents. *Social Science and Medicine*. 2006, 62:13–27.

- autres expositions significatives directes et indirectes à la violence (six questions).

Les questions sont conçues pour obtenir des données sur l'exposition à des formes spécifiques de maltraitance. Des questions de contrôle reprennent chacune des catégories pour une meilleure classification. Elles cherchent à savoir :

- quelles sont caractéristiques du ou des agresseurs ;
- si une arme a été utilisée ;
- s'il y a eu blessure ;
- si l'acte de maltraitance s'est produit en même qu'un autre événement.

Le questionnaire mesure également les expériences négatives au cours de l'enfance à l'aide d'un ensemble de questions qui couvrent 15 événements traumatiques non violents et qui sont sources de stress, dont :

- les traumatismes qui ne sont pas le fait de la victimisation – comme les maladies graves, les blessures involontaires, l'emprisonnement des parents et les catastrophes naturelles ;
- les expériences négatives de nature chronique dues, par exemple, à l'usage continu de drogues par un membre de la famille, les disputes constantes entre les parents et les moqueries continuelles à cause de l'apparence physique.

Au moment de sa rédaction, ce questionnaire a été appliqué uniquement aux États-Unis, par téléphone, sur un échantillon représentatif de plus de 2000 enfants et adultes.

Outils de dépistage de la violence envers les enfants, de l'ISPCAN

Avec le soutien de l'UNICEF, l'ISPCAN a fait appel à plus de 120 experts de plus de 40 pays, dont des pays en développement, pour tenter de concevoir des instruments de mesure de la maltraitance des enfants qui soient applicables à l'échelle internationale.¹ Trois instruments ont été conçus pour interroger :

- les parents sur les différentes formes de discipline qu'ils appliquent ;
- les jeunes adultes, entre 18 et 24 ans, sur leur exposition à la violence durant l'enfance ;
- les enfants plus âgés sur leurs expériences récentes de la violence.

L'objectif principal de ces outils de dépistage est d'évaluer l'ampleur du problème à partir d'échantillons de population et d'en calculer la fréquence ou le taux de prévalence. Les outils peuvent servir en eux-mêmes ou être intégrés à des études plus vastes comprenant l'évaluation d'autres types d'abus et une analyse des facteurs de risque, ainsi que les répercussions sur la santé – par exemple, en utilisant les questionnaires sur les expériences négatives durant l'enfance décrits plus haut. Ces outils ont été testés sur le terrain dans sept pays en développement dans les cinq régions du monde et traduits dans plusieurs langues.

L'ICAST-P (pour "parent") concerne les parents ayant des enfants de moins de 18 ans. Il comporte 46 questions sur leurs pratiques à l'égard des enfants au cours de l'année précédente et sa vie durant – manque possible de soins, actes de discipline ou de violence. Les parents sont aussi interrogés sur des pratiques identiques de la part d'un autre membre de la famille ou d'une personne s'occupant des enfants. Les questions

¹ Pour plus d'information sur l'ICAST contactez: Des Runyan, University of North Carolina, Chapel Hill, Caroline du Nord, États-Unis d'Amérique <drunyan@med.unc.edu> ; Michael Dunne, Queensland University of Technology, Brisbane, Australie <m.dunne@qut.edu.au> ; Kimberly Svevo, ISPCAN Executive Director, Chicago, Illinois, États-Unis d'Amérique <exec@ispcan.org>.

couvrent à la fois les approches disciplinaires négatives et positives. Pour évaluer les taux de négligence, des questions sont posées sur les besoins fondamentaux des enfants. Pour évaluer les taux de violence sexuelle, il est demandé au parent si, à sa connaissance, l'enfant a été touché d'une manière sexuelle ou s'il a eu des rapports sexuels avec un adulte.

L'ICAST-R (pour "rétrospective"), comportant 26 questions, est conçu pour les jeunes entre 18 et 24 ans. Il porte sur les expériences de violence sexuelle, physique et psychologique avant l'âge de 18 ans. Il cherche aussi à établir quand et combien de fois ces événements se sont produits et qui les a infligés.

L'ICAST-C (pour "child" – enfant) est conçu pour les enfants de 12 à 17 ans et porte sur leurs propres expériences de victimisation au cours de leur vie et durant l'année passée. Cet outil a été le plus difficile à mettre au point, en raison de la question du consentement éclairé des enfants, du signalement juridique de cas de maltraitance et d'autres préoccupations d'ordre éthique. Il comporte 82 questions, mais les chercheurs peuvent ne poser que les questions concernant la violence subie dans un contexte particulier, par exemple, à la maison ou à l'école. Les questions couvrent divers types de violence verbale, physique et sexuelle, ainsi que les actes de négligence. Étant donné la nature délicate de ce genre d'étude, il est recommandé que l'ICAST-C soit anonyme.

Adapter les méthodes d'enquête aux conditions locales

Dans l'idéal, des questionnaires identiques, des méthodes de recherche identiques et des techniques d'entrevue identiques devraient être appliqués dans des contextes différents, de façon à obtenir des résultats qui soient directement comparables. Dans la réalité, cependant, des niveaux différents d'instruction, une familiarisation différente avec les études comportant des entrevues et une bonne volonté différente de la part des gens pour parler de questions délicates impliquent que les méthodes d'enquête devront s'adapter dans une certaine mesure aux conditions locales.

Ces modifications – qui doivent se limiter au strict minimum – doivent être établies par le biais d'une soigneuse expérimentation sur place auprès des individus et concerner les groupes ciblés dans la population. Étant donné la nature délicate des questions, les enquêteurs devraient recevoir une formation complète pour s'assurer qu'ils mènent les enquêtes dans une confidentialité absolue et que les données ne contiennent aucune information permettant d'identifier les personnes.

Les modifications effectuées doivent être clairement signalées lors de la communication des résultats. De plus, les répercussions possibles de toute modification devraient être prises en considération au moment de tirer des conclusions fondées sur les résultats de l'enquête.

Stratégies d'échantillonnage

Les techniques d'échantillonnage aléatoire servent à sonder une population qui soit le plus représentative possible de la population dans son ensemble et, de ce fait, à généraliser les résultats à la population entière. Parmi les stratégies d'échantillonnage figurent les suivantes : échantillonnage aléatoire simple ; échantillonnage systématique ; échantillonnage stratifié ; échantillonnage en grappes ; et échantillonnage à plusieurs degrés – une forme complexe d'échantillonnage en grappes. L'échantillon aléatoire – ou représentatif – choisi déterminera les ressources humaines et financières nécessaires à la réalisation de l'enquête. Il déterminera aussi la signification statistique des résultats et l'étendue possible de leur généralisation. Les chercheurs manquant d'expérience en matière de plan d'échantillonnage devraient consulter un expert avant d'arrêter une stratégie d'échantillonnage.

Taille de l'échantillon

La *stratégie d'échantillonnage* n'est pas le seul élément d'une méthodologie d'enquête qui affecte les résultats. La *taille de l'échantillon* a une forte incidence sur la précision des résultats. La détermination de cette taille doit donc faire l'objet de beaucoup d'attention. Moins la population est susceptible d'avoir de l'intérêt dans les résultats de l'enquête, plus la taille de l'échantillon doit être grande pour les mesurer. Les études épidémiologiques de population doivent garantir qu'elles se fondent sur une taille appropriée d'échantillon, afin de mesurer avec fiabilité les différents types de maltraitance et les répercussions diverses. Différents types de maltraitance et différents facteurs de risque apparaissent avec des fréquences différentes. Comme ces éléments figurent souvent dans une même entrevue, la taille de l'échantillon devrait toujours être calculée selon le type de maltraitance ou de facteur de risque connu (d'après d'autres études, dans des contextes similaires) pour que cela se produise *le moins* souvent possible.

Avant de calculer la taille appropriée de l'échantillon, il faut savoir :

- quelle est la **stratégie d'échantillonnage** retenue. La taille correcte de l'échantillon est en général différente selon que l'on a recours, par exemple, à l'échantillonnage en grappes ou à l'échantillonnage aléatoire simple ;
- quelle est la **fréquence théorique estimée des résultats** et quelle est la **marge d'erreur maximale acceptable** ;
- quel est le **degré de précision** souhaité. Une plus grande précision exige habituellement un plus grand échantillon ;
- quel sera le **mode d'analyse des données**. Le type d'analyse statistique qui sera utilisé peut amener à modifier la taille de l'échantillon. Par exemple, la taille de l'échantillon requise pour la simple estimation de la prévalence de la violence physique dans une étude de population sera plus petite que celle requise pour détecter des différences statistiquement significatives dans la prévalence de la violence physique entre deux sous-groupes de la population.

À titre d'exemple, les rapports sexuels oraux, anaux ou vaginaux menés à terme seront probablement les formes les moins fréquentes de violence sexuelle n'entraînant pas la mort dans la plupart des contextes. La prévalence globale de ce genre de violence est approximativement de 6 % pour les individus de sexe féminin et de 2 % pour les individus de sexe masculin.¹ Il est donc recommandé que ce chiffre serve de base pour des calculs de taille d'échantillon lorsque l'on ne dispose pas d'estimation plus exacte qui soit fondée sur des études locales.

On peut calculer la taille de l'échantillon en recourant à des formules mathématiques ou à l'aide de progiciels statistiques, comme STATCALC, de chez Epi Info™.² Étant donné l'importance et la complexité d'un calcul correct de la taille de l'échantillon de l'étude, il est fortement recommandé de faire appel à un statisticien professionnel.

Considérations éthiques

Comme les études sur les événements vécus par des enfants et des adultes dans le présent et le passé identifient des mauvais traitements graves, elles ne devraient examiner que des endroits où il existe des ressources adéquates pour résoudre la situation ou la porter à l'attention des autorités concernées. L'échelle des tactiques de résolution des

¹ Andrews G et al. Child sexual abuse. In Ezzati M et al, eds. *Comparative quantification of health risk (Volume 2)*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2004:1851–1940.

² On peut télécharger gratuitement Epi Info™ sur le site des United States Centers for Disease Control and Prevention.

conflits parents-enfants et le questionnaire pour le dépistage de la victimisation dans le cours de la vie peuvent tous deux révéler des mauvais traitements actuels ou récents. À l’opposé, les questionnaires ACE qui portent sur les expériences vécues un grand nombre d’années avant l’entrevue sont moins susceptibles de révéler des cas de violence présente requérant une intervention immédiate. Quoi qu’il en soit, les enquêtes devraient toujours être menées de telle sorte que la situation du répondant n’empire pas du fait qu’il répond au questionnaire. La conception d’une étude doit donc *toujours* être révisée par un comité d’éthique.

2.3 Données de cas

Les données de cas sont les données recueillies auprès des individus et des familles où des cas de maltraitance se sont produits et qui reçoivent des services pour en traiter les conséquences. La collecte et le partage des données fondamentales augmentent la protection des enfants maltraités et contribuent à la surveillance de la maltraitance d’enfants. Même dans les communautés où les systèmes de protection de l’enfance sont considérés comme étant avancés, le manque de communication de données dans et entre les organismes fournissant des services conduit régulièrement à des souffrances et des morts d’enfants qui auraient pu être évitées.

Les enfants à risque qui souffrent de maltraitance, leurs parents et d’autres membres de la famille interagissent fréquemment avec plusieurs organismes de services. Il se peut qu’ils soient traités à plusieurs reprises pour des blessures dans les mêmes établissements ou dans des établissements différents. Il se peut que la famille consulte des organismes de services sociaux pour des raisons de logement, d’éducation, de service social ou de protection de l’enfance. Chacune de ces interactions est une occasion de détecter des mauvais traitements et d’intervenir. Toutes les fois qu’une famille ou un enfant accède à un établissement de services – dans n’importe quel secteur – et que l’on confirme ou soupçonne un cas de maltraitance d’enfant, il faut enregistrer les données de base concernant ce cas.

Il est important d’enregistrer les différentes variables, pour la prise en charge du cas et à des fins de surveillance. La question de la confidentialité, cependant, se pose lorsque l’on dispose de données personnelles sur un enfant et les personnes qui s’en occupent. Les données devraient donc être enregistrées de sorte à pouvoir être extraites à des fins de surveillance. Il se peut aussi que dans certaines circonstances, les critères de confidentialité empêchent les organismes de se partager les données. Il est urgent de traiter de ces cas, pour que les obstacles au partage de données vitales disparaissent – et pour qu’en même temps une stricte confidentialité soit maintenue.

La Figure 2.1 montre les variables qui devraient être enregistrées pour chaque cas. Selon l’organisme de services et la nature de l’interaction avec l’enfant et la famille, certaines de ces variables peuvent rester inconnues. Il est cependant important d’enregistrer le plus de données possibles. Des formulaires spécifiquement conçus dans ce but peuvent améliorer la qualité et la quantité des données enregistrées. Les formulaires d’évaluation de la maltraitance utilisés par l’Étude d’incidence canadienne des cas déclarés de violence et de négligence envers les enfants¹ en est un bon exemple. La documentation en soi des cas ne suffit pas à améliorer la protection des enfants ; des données sur les enfants prédisposés doivent aussi être partagées entre les organismes et les secteurs impliqués.

¹ Trocmé N et al. *Étude canadienne sur l’incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants – 2003*. Ottawa, ministère des Travaux publics et des Services gouvernementaux, Canada, 2005. Disponible sur le site : <<http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cisfr-ecirf/index.html>> (visité le 28 juin 2006).

Figure 2.1 Données à enregistrer dans les cas de maltraitance d'enfants avérés ou soupçonnés

Il serait souhaitable d'enregistrer les données suivantes dans les cas de maltraitance d'enfants avérés ou soupçonnés.

■ Caractéristiques des enfants

- Âge
- Sexe
- Race ou ethnie
- Conditions de logement
- Situation scolaire
- Adresse
- Signalements antérieurs de maltraitance
- Déficiences physiques ou liées au développement

■ Détails sur la maltraitance

- Source et date du signalement
- Forme ou formes de maltraitance
- Type du signalement (par exemple « suspect » ou « prouvé »)
- Gravité des blessures
- Durée des mauvais traitements
- Organismes d'enquête

■ Caractéristiques du ou des agresseurs présumés

- Lien avec l'enfant
- Antécédents de violence
- Âge
- Sexe
- Profession
- Adresse
- Race ou ethnie
- Précédentes allégations d'infraction similaire
- Antécédents en matière d'abus de drogues et d'alcool

■ Caractéristique de la personne s'occupant des enfants, si elle n'est pas l'auteur présumé

- Âge
- Sexe
- Lien avec l'enfant
- Antécédents de violence
- Profession
- Situation de famille
- Niveau d'instruction
- Race ou ethnie
- Interaction avec les organismes de services

■ Caractéristiques du foyer

- Revenu familial
- Nombre de personnes vivant dans la maison
- Description des autres enfants dans le foyer et leur lien avec l'enfant
- Type de logement
- Signalements antérieurs de maltraitance
- Déficiences physiques ou liées au développement

Adapté de : *A Conceptual and epidemiological framework for child maltreatment surveillance*. Ottawa : ministère des Travaux publics et des Services gouvernementaux du Canada, 2001.

Surveillance des cas signalés

Cas de maltraitance d'enfants n'entraînant pas la mort

La surveillance de la maltraitance – ou la collecte systématique de données – concerne les cas de maltraitance d'enfants signalés ou détectés par les autorités. Elle laisse donc de côté un grand nombre de cas de maltraitance d'enfants qui ne sont pas signalés. La surveillance des cas signalés d'enfants maltraités peut indiquer des voies à suivre

pour la fourniture et l'utilisation de services, mais elle ne donne pas une vue d'ensemble appropriée du problème. Pour y remédier, les systèmes de surveillance devraient, dans la mesure du possible, être complétés par des enquêtes de population, décrites à la Section 2.1. Les résultats complémentaires tirés des enquêtes de population sont particulièrement importants dans des situations où il n'y a pas de système bien implanté de protection de l'enfance qui puisse fournir des données sur les cas signalés ou quand la plupart des cas n'ont pas été portés à l'attention des autorités.

La collecte systématique de données sur la maltraitance des enfants doit se fonder sur des définitions normalisées établies pour que les catégories soient uniformes et que les ensembles de données puissent être efficacement comparables. Pour une bonne surveillance, les définitions opérationnelles de cas doivent être formulées clairement et convenues avec les différents secteurs impliqués dans la collecte de données. Cependant, le processus d'identification et d'accord sur les définitions opérationnelles de cas prendra probablement du temps et doit faire l'objet d'une approche scrupuleuse. Il faudrait que les définitions de cas soient *concrètes* et *spécifiques* – pour minimiser le nombre de cas faux négatifs ou faux positifs – et qu'elles soient simples et sans ambiguïté. La classification des cas en cas « prouvés », « soupçonnés » ou « non fondés » et les signalements correspondants assurent un nombre minimum de cas faux positifs et garantissent qu'un nombre minimum de cas véritables sont laissés de côté.

Dans beaucoup de pays, un ou plusieurs organismes recueillent et traitent les données de cas signalés de maltraitance d'enfants. Les systèmes de surveillance devraient être élaborés sur la base de ces systèmes existants, si possible, et, idéalement, coordonner les systèmes existants utilisés par les divers secteurs s'ils sont indépendants les uns des autres. Beaucoup de travail a déjà été fait pour identifier les composantes d'un système de surveillance efficace de maltraitance des enfants et sur la manière de le constituer. Le Tableau 2.1 expose les qualités d'un bon système de surveillance. Pour des données plus complètes, voir WHO–CDC *Injury Surveillance Guidelines*¹ et *Un cadre conceptuel et épidémiologie pour la surveillance de l'enfance maltraitée*, du Canada.²

Cas de maltraitance d'enfants entraînant la mort

Ainsi qu'on l'a déjà mentionné, il n'est pas aisé de mesurer les cas de maltraitance d'enfants entraînant la mort à travers des enquêtes de population ou les données des établissements fournissant des services. Demander à des adultes, dans le cadre d'une enquête de population, si des enfants peuvent être décédés suite à des actes intentionnels de la part d'un parent ou d'un autre membre de la famille ne suscite pas une réponse honnête. Les morts suite à de mauvais traitements se produisent probablement si vite que, même si un membre de la famille a voulu emmener l'enfant aux services d'urgence, il n'en a pas eu le temps et que les dispositions concernant le corps des enfants ont été prises sans signalement officiel. Des données exactes sur les décès d'enfants maltraités ne peuvent donc être obtenues que là où :

- la déclaration de ce genre de décès est obligatoire ;
- cette obligation est mise en application ;
- des examens médico-légaux sont pratiqués dans tous les cas de décès dus à des blessures ou des causes externes avérées ou soupçonnées, y compris les morts inattendues de jeunes enfants.

¹ Holder Y et al., eds. *Injury surveillance guidelines*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2001.

² *Un cadre conceptuel et épidémiologie pour la surveillance de l'enfance maltraitée*. Ottawa: ministère des Travaux publics et des Services gouvernementaux Canada, 2001.

Tableau 2.1 Quelles sont les qualités d'un bon système de surveillance ?

La simplicité	Le système doit produire les données nécessaires de la façon la plus simple et directe possible.
La flexibilité	Le système doit pouvoir s'adapter au moindre coût aux changements dans les conditions de fonctionnement et dans les données requises.
L'acceptabilité	Les personnes qui, à travers des questions et par d'autres moyens, vont fournir des données, doivent être disposées à participer et devraient être impliquées dans la conception du système, si possible.
La fiabilité	Un système fiable est un système qui détecte une proportion absolue de cas réels dans la population ciblée et exclut la plupart des autres – c'est-à-dire que le système doit avoir une sensibilité, une spécificité et une valeur prédictive élevées. Cela permet aux usagers finaux d'avoir confiance en l'exactitude des données.
L'utilité	Le système doit être pratique, abordable et augmenter les connaissances sur le problème.
La viabilité	Le système doit être facile à gérer et à actualiser et des ressources humaines et financières adéquates pour en garantir l'exploitation continue doivent y être allouées.
La rapidité	Le système doit produire les données les plus récentes dans les d'exécution délais les plus brefs.

Adapté de : *Injury surveillance guidelines*. Genève, OMS, 2004.

Pour être efficaces, ces systèmes doivent examiner *tous* les cas de décès et pas seulement ceux qui semblent résulter clairement de mauvais traitements. Il y a toujours une grande proportion de décès, en particulier dans les très jeunes groupes d'âges, dont la cause n'est pas immédiatement découverte, même après un examen post-mortem. Ces cas doivent être étudiés de manière plus approfondie pour parvenir à une conclusion définitive. Relativement peu de pays disposent de systèmes de ce genre et de lois en place. En conséquence, la perspective qu'ont la plupart des pays sur les décès d'enfants suite à de mauvais traitements est incomplète et influencée par les cas largement mis en avant par les médias. Il n'est donc pas recommandé d'avoir recours à ce genre de données pour concevoir des programmes de prévention de la maltraitance des enfants et de services aux victimes.

L'élaboration de systèmes médico-légaux pour l'identification, l'analyse, la classification et l'enregistrement des décès est un exercice vaste et coûteux. Il n'existe pas de solution facile au problème de la constitution de données épidémiologiques valables sur les cas de maltraitance d'enfants entraînant la mort dans les contextes dépourvus des systèmes médico-légaux requis, mais certains pays ont trouvé utile de créer des équipes chargées d'examiner les décès d'enfants (Encadré 2.3).

Retour des données aux organismes qui les ont fournies

Pour améliorer la viabilité des systèmes de surveillance, il serait souhaitable de rétroalimenter fréquemment les organismes qui ont fourni les données. Cette rétroalimentation devrait se faire sous la forme de rapports réguliers contenant des analyses fondamentales des données reçues de chacun des organismes concernés. Ces rapports peuvent aider les organismes à mieux gérer leur personnel et leurs autres ressources et à adapter les services qu'ils offrent aux demandes des usagers. Les rapports de rétroalimentation peuvent également faire état de la façon dont les données apportées par chacun des organismes ont permis d'atteindre des objectifs particuliers – par exemple, l'élaboration de politiques, la planification de programmes, l'évaluation de résultats et des campagnes sur la maltraitance.

Utilisation des données pour convaincre les décideurs

Une bonne analyse et interprétation des données recueillies – par le biais des enquêtes de population et de l'enregistrement des cas – ainsi que la présentation et la diffu-

L'examen des décès d'enfants : un système international

Un cas d'enfant qui ne respire plus après être tombé du sofa se présente. Le personnel d'urgence essaie de le ranimer, mais l'enfant meurt à l'hôpital local. Un autre hôpital a enregistré des chutes et des blessures antérieures. Les voisins sont au courant de disputes. La police possède un casier judiciaire sur le père. Un groupe de femmes a entendu dire que la mère avait exprimé des craintes quant à des actes de violence. Mais chacun ne connaît qu'une partie de l'histoire.

Un examen radiographique et post-mortem révèle une violence physique possible que n'explique pas la petite chute. La cause et le genre de mort ne deviennent donc clairs qu'après que les organismes et les professionnels ont partagé leurs données en constituant une équipe d'examen du décès des enfants. Le cas qui, au départ, semblait relever d'une blessure involontaire s'avère être un homicide.

La première équipe d'examen de décès d'enfants s'est constituée à Los Angeles, aux États-Unis, en 1978, sous l'égide du *Los Angeles County Interagency Council on Child Abuse and Neglect* (ICAN). L'ICAN a été par la suite désigné comme le *National Center for Child Fatality Review* (NCFR) des États-Unis. D'autres équipes de structures identiques se sont créées, comprenant parmi leurs membres des coroners, des policiers, des représentants des services et des cours de justice locaux, ainsi que des représentants des soins de santé et de la santé publique. Certaines équipes comptent des représentants d'écoles et du secteur de la santé mentale et aussi, parfois, des membres de la communauté.

En 2001, il existait environ 1000 équipes de ce genre en Australie, au Canada, en Nouvelle-Zélande et aux États-Unis. Les Philippines viennent d'instaurer un modèle en milieu hospitalier qui pourrait être plus approprié pour les pays en développement. Un réseau international relie maintenant l'ICAN-NCFR de Los Angeles aux programmes potentiels et existants en Chine, en Estonie, en Islande, en Iran, en Jordanie, au Liban, en Hollande et au Royaume-Uni et l'intérêt va croissant dans de nombreux autres pays.

Les enfants maltraités victimes de décès sont jeunes : 40 % environ sont des nourrissons et 80 % ont moins de 6 ans. Les traumatismes crâniens sont la cause la plus courante des décès, suivis des traumatismes contondants sur le corps. La plupart des blessures sont provoquées par les mains ou les pieds, sans le recours à une autre arme. Les données relatives à ces morts contiennent des données sur la race, le sexe, l'âge, l'abus d'alcool ou d'autres drogues et le lien avec l'auteur des sévices. Une équipe d'examen peut commencer par un cas connu de mort d'enfant suite à de mauvais traitements et passer ensuite à d'autres morts d'enfants dues à des blessures. Les petites équipes locales examinent souvent toutes les morts pour toutes causes. Une meilleure coopération entre les organismes donne toujours de meilleurs résultats et les rapports des équipes apportent des données pour les programmes de prévention et d'éducation du public.

Certaines équipes coopèrent par-delà les frontières avec d'autres équipes. Quoique le modèle de base soit le même, les activités des équipes reflèteront les intérêts, la culture et les ressources locales. Certains pays disposent de programmes au sein des établissements pour prévenir la maltraitance des enfants, tandis que d'autres centrent leur travail sur la famille étendue et la communauté.

Suivant l'exemple des équipes d'examen de décès d'enfants, d'autres unités se constituent maintenant pour examiner d'autres formes de violence, notamment des équipes sur la violence au foyer entraînant la mort et la violence envers les personnes âgées entraînant la mort. Il est également prévu d'examiner les blessures n'entraînant pas la mort d'enfants hospitalisés.

sion appropriées des résultats sont nécessaires pour intervenir efficacement contre la maltraitance des enfants. Afin de convaincre les décideurs du besoin d'agir fermement contre la maltraitance des enfants, il faut que trois éléments importants ressortent de l'analyse et des données recueillies :

- **L'ampleur du problème par rapport à d'autres questions.** L'ampleur de la maltraitance des enfants dans le pays concerné peut être soulignée par comparaison avec :
 - l'ampleur d'autres menaces pour la santé publique ;
 - l'ampleur de la maltraitance d'enfants dans d'autres pays ;
 - le coût humain de catastrophes et de tragédies collectives couvertes par les médias.

- **Le lien entre la maltraitance des enfants et les facteurs socio-économiques et environnementaux.** Pour démontrer le fait que le niveau de maltraitance des enfants dépend de facteurs sociaux, économiques et environnementaux, il faut analyser les données en fonction du lieu géographique où les sévices sont exercés, et du lieu de résidence des victimes et auteurs des sévices. Ces données devraient regrouper les cas selon les mêmes unités géographiques d'analyse utilisées lors des recensements nationaux et autres études démographiques mesurant la taille, la richesse et la santé de la population. Une corrélation peut alors être recherchée entre les mesures de la maltraitance des enfants et les facteurs socio-économiques ou environnementaux qui prévalent.
- **La prévention possible de la maltraitance.** Il est important de convaincre les décideurs des avantages considérables que de bons programmes de prévention peuvent apporter. Si, par exemple, une évaluation des résultats d'une étude menée au niveau local met en évidence qu'un programme de visite dans les foyers, doublé d'un programme d'éducation des parents, pourrait réduire de 30 % le nombre de nouveaux cas de maltraitance d'enfants signalés, l'extension du programme à la population entière, dans un pays où 250 000 nouveaux cas sont signalés chaque année auprès des services de protection de l'enfance, donnerait 75 000 cas de moins signalés chaque année.

Il est également vital que les données sur la maltraitance des enfants soient présentées dans des rapports traitant *exclusivement* du problème. Des bureaux de statistiques produisant des données sur le crime et la santé incluent parfois des données sur la maltraitance des enfants, mais elles sont souvent englouties parmi d'autres questions criminelles et concernant la santé, et il est alors plus difficile pour les experts de saisir le problème. Avec des données analysées comme suggéré plus haut et présentées dans un rapport *ad hoc*, dans un langage simple, avec des graphiques et des tableaux clairs, cette question serait rendue « visible » aux décideurs et autres intervenants. De même, les rapports sur la maltraitance des enfants rédigés en termes clairs et simples – devraient être facilement disponibles pour les médias et les organisations de la société civile. Pour protéger l'anonymat des individus, toutes les données présentées dans ces rapports doivent être débarrassées des numéros d'identification du cas et de toute autre information qui pourrait permettre d'identifier un individu.

La prévention de la maltraitance des enfants

Il existe suffisamment de données, y compris dans les ouvrages scientifiques, pour affirmer en toute certitude que la prévention de la maltraitance des enfants est possible. Pourtant elle a peu retenu l'attention en matière de recherche et de politiques.

Beaucoup d'efforts de prévention à l'heure actuelle consistent à identifier de bonne heure les cas de maltraitance d'enfants et à protéger les enfants concernés. Cette stratégie est bien une forme de prévention et peut être bénéfique pour les enfants et les familles. Cependant, elle ne réduira pas l'incidence de la maltraitance des enfants comme le feraient des stratégies traitant les causes sous-jacentes et les facteurs qui y contribuent.

Lorsque l'on opte pour de telles stratégies, il est important de savoir lesquelles, sur la base de données concrètes, ont permis d'atteindre les résultats visés. Là où les ressources sont rares, il est encore plus important de savoir quelles approches vont fonctionner. Les stratégies reposant sur des données anecdotiques et des normes admises donnent souvent l'impression d'être efficaces, mais quand on les examine de plus près, il s'avère qu'elles ne touchent pas un nombre significatif de cas nouveaux d'enfants maltraités. Les stratégies de prévention doivent donc se fonder sur les facteurs de risque et comporter un mécanisme d'évaluation des résultats.

Quelques stratégies *efficaces* de diminution du taux de maltraitance des enfants ont été identifiées par le biais d'études scientifiques des résultats mesurant l'impact de programmes de prévention. Il en est d'autres dont les résultats sont *prometteurs* et un nombre bien plus grand qui présentent des résultats *incertains*. Ces trois termes, qui décrivent la portée des stratégies, se définissent comme suit :

- Un **programme de prévention efficace** est un programme qui réduit l'incidence de la maltraitance des enfants dans la population ou qui, du moins, en abaisse le taux d'augmentation. Plusieurs critères d'efficacité ont été avancés, dont les suivants :
 - une évaluation de programme à l'aide d'un modèle de recherche solide, expérimental ou quasi-expérimental ;
 - la preuve d'un effet préventif significatif ;
 - la preuve d'effets durables ;
 - la répétition du programme avec les effets préventifs démontrés.

Peu de programmes satisfont à ces critères. Dans le présent guide, le terme « efficace » est utilisé pour qualifier des programmes évalués à l'aide d'un modèle de recherche solide qui met en lumière la preuve de l'effet préventif.

- On dit qu'un **programme de prévention est prometteur** s'il a été évalué à l'aide d'un modèle de recherche solide et qu'il offre des preuves d'un effet préventif, mais qu'il faut le tester davantage.
- On dit que l'effet d'un **programme de prévention est incertain** s'il a été mal évalué ou s'il n'a pratiquement pas été testé.

Lorsque des stratégies ont été évaluées, presque toutes les études d'évaluation ont été réalisées dans des contextes à revenu élevé. Pour étendre l'application des stratégies de prévention de la maltraitance des enfants à tous les pays, il est urgent de réaliser davantage d'études des résultats et en particulier dans les pays à faible et moyen revenu. Il faudrait également répéter les programmes qui ont déjà fait la preuve de leur efficacité, en les adaptant au contexte local et à des études d'évaluation des résultats de programmes innovateurs conçus autour de stratégies prometteuses ou incertaines.

Le présent chapitre donne une vue d'ensemble des stratégies de prévention de la maltraitance d'enfant, ainsi que des directives pratiques sur la planification, la sélection, la conception et la mise en place de stratégies de prévention – de telle sorte qu'elles produisent des données sur leur degré d'efficacité.

3.1 Un plan d'action et un organisme de prévention de la maltraitance des enfants

Dans la majorité des pays, l'intervention a généralement lieu une fois que la maltraitance a été constatée. Les systèmes de protection de l'enfance se sont donc parfois développés au détriment de la prévention de la maltraitance. La responsabilité de la prévention est alors en général laissée aux organismes de protection de l'enfance et d'application de la loi qui peuvent disposer de ressources professionnelles limitées et ne pas avoir l'autorité nécessaire pour influencer la politique en matière de prévention ou faire face aux nombreux facteurs de risque et de protection. En conséquence, la prévention de la maltraitance des enfants tend à être abordée comme si elle était synonyme de protection de l'enfance et de services aux victimes.

Le présent guide recommande que ce déséquilibre soit corrigé par le biais d'un plan d'action national contre la maltraitance des enfants. Ce plan d'action ferait appel à la contribution des divers secteurs travaillant dans le domaine et confierait la responsabilité de la direction à un organisme ayant la prévention comme objectif principal. L'idéal serait d'inscrire l'élaboration de ce plan d'action pour la prévention de la maltraitance des enfants dans le cadre d'un plan national traitant aussi de la protection de l'enfance. Cependant, s'il n'est pas possible d'élaborer des mesures conjointes de prévention et de protection, elles devraient au moins l'être en parallèle – et non en concurrence.

Une fois que l'organisme responsable voulu a été identifié, l'étape suivante consiste à impliquer activement les professionnels concernés dans plusieurs secteurs différents et familiarisés avec les facteurs de risque pertinents. Les groupes de la société civile devraient participer aux discussions, un grand nombre d'entre eux assumant un rôle actif dans les questions de maltraitance d'enfants et de protection de l'enfance. Il faudrait aussi particulièrement s'efforcer de faire participer les organismes et les groupes communautaires que l'on ne rattache pas habituellement à la maltraitance des enfants, mais dont les activités peuvent avoir un impact significatif sur les facteurs de risque. Il peut s'agir :

- de services de planification familiale et de santé génésique ;
- d'organismes du secteur du logement ;
- de services de garde d'enfants ;
- de centres communautaires de quartier ;
- de services communautaires de soins infirmiers ;
- de programmes de prévention du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) ;
- d'autorités administratives en matière d'alcoolisme et de toxicomanie ;
- d'organismes s'occupant de pollution environnementale ;
- de programmes s'occupant de la violence envers les femmes et de la violence chez les jeunes ;

- d'institutions religieuses ;
- des médias.

Les personnes appartenant à ces groupes et institutions ne voient peut-être pas le lien entre leurs activités et la maltraitance des enfants, quoiqu'elles travaillent probablement à des politiques et programmes ayant des répercussions sur les facteurs de risque pour la maltraitance des enfants. La prévention de la maltraitance des enfants peut donc bénéficier à des programmes sur d'autres sujets, comme la prévention de l'alcoolisme ou de la toxicomanie. Les individus concernés par ce genre de situations peuvent ne pas considérer leurs agissements comme des actes de maltraitance des enfants.

Des mesures pratiques peuvent être prises pour définir une stratégie de prévention de la maltraitance des enfants et faire naître le sentiment d'un objectif commun, à savoir :

- désigner un organisme responsable ayant pour objectif explicite la prévention de la maltraitance des enfants ;
- confier des rôles aux divers secteurs de prévention de la maltraitance des enfants après avoir vu avec eux comment ils pouvaient le mieux aborder la question des facteurs de risque ;
- préparer un rapport national sur les connaissances épidémiologiques actuelles sur la maltraitance des enfants et les efforts réalisés dans les différents secteurs pour la prévenir ;
- rédiger un document décrivant dans ses grandes lignes la stratégie de prévention de la maltraitance des enfants et un plan d'action avec des objectifs, des actions et des indicateurs spécifiques.

3.2 Stratégies de prévention de la maltraitance des enfants

Les stratégies de prévention de la maltraitance des enfants visent à réduire les causes sous-jacentes et les facteurs de risque, tout en renforçant les facteurs de protection, de façon à prévenir de nouveaux cas. Bien que les données scientifiques sur l'efficacité de ces stratégies proviennent essentiellement de pays à revenu élevé, elles aident à comprendre comment les interventions qui en découlent s'attaquent aux causes sous-jacentes et aux facteurs de risque et à concevoir des interventions pour les pays à faible ou moyen revenu. Des services de protection de l'enfance et autres services – décrits au Chapitre 4 – comme l'aide psychosociale et la thérapie familiale, sont fournis lorsqu'un cas de maltraitance a été détecté. Quoique l'objectif de ces services soit d'intervenir dans des cas avérés de maltraitance, ils sont aussi préventifs en ce sens qu'ils peuvent empêcher d'autres cas de se produire.

Des caractéristiques communes aux formes de maltraitance – du point de vue de l'épidémiologie et des facteurs de risque – donnent à penser que des approches similaires de prévention pourraient être adoptées dans le domaine de la violence physique, de la violence sexuelle, de la violence psychologique et de la négligence. Il est utile de disposer d'une typologie des stratégies de prévention pour aborder les complexités du problème. Le présent guide propose une typologie fondée sur les stades du développement humain et le modèle écologique présenté au Chapitre 1.

Le Tableau 3.1 présente la typologie des stratégies de prévention – efficaces, prometteuses et incertaines. Les exemples ne sont pas exhaustifs, mais leur but est d'illustrer l'éventail des possibilités. Ils soulignent aussi le besoin de s'attaquer sérieusement au problème de la maltraitance des enfants aux différents stades du développement humain et dans différents contextes sociaux. Dans bien des cas, une intervention peut avoir des répercussions sur plusieurs formes de maltraitance. Les données actuelles montrent le

Tableau 3.1 Stratégies de prévention de la maltraitance des enfants par stade de développement et niveau d'intervention

Niveau d'intervention	Stade de développement			
	Première enfance (<3ans)	Enfance (3–11ans)	Adolescence (12–17 ans)	Âge adulte (≥ 18 ans)
Sociétal et communautaire	<p>Mettre en place de réformes juridiques et des droits de la personne humaine</p> <ul style="list-style-type: none"> • Intégrer la Convention relative aux droits des enfants aux lois nationales • Renforcer les systèmes policiers et judiciaires • Promouvoir les droits sociaux, économiques et culturels <p>Instaurer des politiques sociales et économiques favorables</p> <ul style="list-style-type: none"> • Veiller à l'éducation et aux soins des jeunes enfants • Garantir l'éducation primaire et secondaire pour toutes et tous • Réduire le chômage et en atténuer les conséquences négatives • Investir dans de bons systèmes de protection sociale <p>Corriger les normes sociales et culturelles</p> <ul style="list-style-type: none"> • Corriger les normes qui favorisent la violence envers les enfants et des adultes <p>Réduire les inégalités économiques</p> <ul style="list-style-type: none"> • S'attaquer à la pauvreté • Réduire les inégalités de revenu et sexuelles <p>Réduire le facteur de risque environnemental</p> <ul style="list-style-type: none"> • Limiter l'accès à l'alcool • Contrôler les niveaux de plomb et éliminer les produits toxiques pour l'environnement 			
				<p>Refuges et centres d'aide aux femmes victimes de violence et à leurs enfants</p> <p>Apprendre aux professionnels des soins de santé à identifier et référer les adultes victimes de maltraitance dans leur enfance</p>
Relationnel	<p>Programmes de visites dans les foyers</p> <p>Formation parentale</p>	Formation parentale		
Individuel	<p>Réduire le nombre de grossesses non désirées</p> <p>Augmenter l'accès aux services prénataux et postnataux</p>	Apprendre aux enfants à reconnaître et à éviter les situations de violence potentielle		

manque d'efficacité de la plupart de ces interventions ; lorsqu'il existe suffisamment de données disponibles, elles proviennent pour la plupart de pays à revenu élevé. Des données détaillées et pratiques sur la conception et l'application des stratégies de prévention particulières sont disponibles dans un certain nombre de publications et sur Internet. La présente section porte donc sur les principaux éléments et principes fondamentaux de ces interventions.

Stratégies sociétales et communautaires

Au niveau sociétal, les facteurs propices à la maltraitance sont, entre autres :

- les politiques économiques, sociales, sanitaires et éducatives qui préservent ou augmentent les inégalités économiques et sociales ;
- les normes sociales et culturelles qui favorisent l'usage de la violence ;
- l'absence ou l'inefficacité des politiques existantes sur l'enfant et la famille ;
- de mauvais soins de santé préventifs ;
- une sécurité sociale inefficace ;
- des systèmes de justice criminelle défailants.

Le niveau communautaire renvoie aux contextes dans lesquels des échanges sociaux ont lieu – les quartiers, les écoles, le milieu de travail et autres institutions. Ici, des facteurs tels que la concentration de la pauvreté, la mobilité résidentielle élevée, le chômage, le surpeuplement et un faible capital social semblent tous augmenter le risque de maltraitance.

Le Tableau 3.1 indique quatre groupes de stratégies de prévention de la maltraitance des enfants pour tous les stades du développement et un groupe spécifique aux adultes. Ces cinq groupes de stratégie d'intervention seront probablement efficaces pour plusieurs types de maltraitance des enfants. L'efficacité potentielle des stratégies de prévention à l'échelle de la communauté peut être renforcée en la reliant à d'autres programmes communautaires visant les groupes à « haut risque » : services de réhabilitation des alcooliques et des toxicomanes, programmes pour les enfants handicapés et services de santé mentale.

Mettre en place des réformes juridiques et promouvoir les droits de la personne humaine

Les cadres juridiques sont importants car ils fournissent la base à des interventions d'ensemble de la maltraitance des enfants tout en établissant des normes sociales dans le domaine. Une approche juridique bien structurée est une approche qui vise à interdire toute forme de violence envers les enfants. L'objectif d'une approche structurée, dans les pays, n'est pas d'obtenir l'arrestation des parents, mais de leur faire clairement comprendre, ainsi qu'aux autres membres de la famille, qu'ils n'ont pas le droit d'infliger des sévices à leurs enfants. Les lois contre la maltraitance des enfants peuvent aussi avoir un effet dissuasif et donc contribuer à la prévention.

La Convention relative aux droits de l'enfant engage les pays à prendre toutes les mesures législatives, administratives, sociales et éducatives appropriées pour prévenir la violence envers les enfants et les en protéger. Intégrer la Convention aux lois nationales et faire en sorte que les systèmes policiers et judiciaires soient en mesure de mettre correctement en application ces lois sont des stratégies généralement recommandées. Leur efficacité est cependant incertaine, car il n'y a pas eu d'efforts rigoureux pour en évaluer l'impact préventif. Néanmoins, le fait d'interdire les punitions physiques sévères des enfants et de rendre obligatoire du point de vue juridique le signalement de cas de maltraitance ont permis de faire apparaître au grand jour ces questions et de neutraliser l'idée que la maltraitance des enfants soit une affaire privée de famille. Dans cette mesure, les lois ont joué un rôle important dans le changement des normes sociales.

Les droits sociaux, économiques et culturels – et leur degré d'application dans la pratique – ont un effet direct sur les facteurs de risque sous-jacents de la maltraitance des enfants. Il s'agit notamment :

- du droit à un niveau de vie correct ;
- du droit à la sécurité sociale ;

- du droit à l'éducation ;
- du droit à l'égalité et à la non discrimination.

Les stratégies gouvernementales pour le respect, la protection et l'exercice de ces droits devraient abaisser le taux de la maltraitance des enfants de manière significative, quoique comme dans le cas de l'application de lois contre la maltraitance des enfants, les études des résultats quant à leur effet préventif fassent encore défaut.

Instaurer des politiques sociales et économiques favorables

On peut favoriser l'épanouissement des droits de la personne humaine en instaurant de bonnes politiques sociales et économiques – donnant un accès égal à des besoins fondamentaux comme les soins de santé, l'éducation, l'emploi, le logement et les services de sécurité sociale. En améliorant la qualité de l'accès dans ces domaines, on traitera du même coup quelques-uns des principaux facteurs de risque de la maltraitance des enfants, ce qui devrait entraîner une réduction des taux de la maltraitance des enfants. Parmi les politiques sociales et économiques pouvant contribuer à prévenir la maltraitance des enfants figurent les suivantes :

- la fourniture de soins et d'une éducation aux jeunes enfants ;
- une éducation primaire et secondaire pour toutes et tous ;
- des mesures contre le chômage ;
- un bon système de protection sociale – allocations aux personnes handicapées, assurance santé, soins aux enfants, compléments de revenus ou alimentaires et allocations de chômage.

Corriger les normes sociales et culturelles

Les normes sociales et culturelles contribuent fortement aux facteurs de maltraitance des enfants. Elles servent souvent à justifier la violence envers les enfants. Une réforme juridique – quoiqu'elle puisse les influencer – n'aura pas en soi un impact substantiel à moins d'être accompagnée d'un changement dans les normes en ce qui concerne le statut des enfants, l'acceptabilité et l'efficacité des punitions sévères, les rôles des femmes et des hommes et la vie privée de la famille. La sensibilisation du public et les campagnes médiatiques peuvent jouer un rôle important dans le changement des normes sociales et culturelles. Elles peuvent souligner l'ampleur et la nature de la maltraitance des enfants et encourager la fourniture de services aux enfants et aux familles.

Il n'existe pas encore de preuves que les changements de normes puissent avoir une incidence sur la maltraitance des enfants. Quelques études d'interventions à grande échelle ont toutefois souligné des changements d'attitude et de normes en ce qui concerne l'usage de la violence envers les nourrissons et des enfants.

Il existe aux États-Unis un type de programme de prévention de la violence sexuelle à l'encontre des enfants qui offre d'aider les personnes risquant de l'exercer. Il encourage aussi les adultes à repérer les signes avant-coureurs de la violence sexuelle – et à en tenir compte – avant que cette violence ne s'exerce. Dans ce programme, les individus se soumettent d'eux-mêmes aux traitements, ce qui évite des sévices possibles.

Réduire les inégalités économiques

Beaucoup d'études montrent que la maltraitance des enfants est plus fréquente dans les communautés et les foyers les plus pauvres, dans les sociétés où les inégalités économiques sont grandes. Les mesures prises pour réduire la pauvreté et les inégalités économiques devraient donc avoir des effets significatifs sur la réduction de la maltraitance des enfants.

Les programmes de mobilité résidentielle sont un exemple de ces mesures. Ces programmes sont conçus pour réduire la concentration de la pauvreté dans une zone particulière. Des bons de logement ou des allocations de logement sont octroyés aux familles à faible revenu pour leur donner la possibilité de vivre où elles veulent. Bien que l'impact de ces programmes sur la maltraitance des enfants n'ait pas encore été évalué, ils semblent prometteurs, car ils ont eu des effets positifs sur les performances et résultats scolaires, les problèmes comportementaux, ainsi que sur la santé mentale et physique. Ils semblent aussi être efficaces pour prévenir les crimes, la victimisation et les désordres sociaux dans les quartiers.

Les politiques et programmes économiques qui réduisent l'impact des inégalités de revenu d'une façon plus générale peuvent peut-être aussi servir à prévenir la maltraitance des enfants, quoiqu'il n'existe pas encore de preuve scientifique concernant ce genre d'intervention.

Réduire les facteurs de risque environnementaux

Les facteurs de risque environnementaux comprennent la densité, l'accès à des espaces de loisirs sans danger, le plomb et d'autres produits toxiques pour l'environnement, ainsi que des substances nocives comme l'alcool et les drogues.

L'abus d'alcool chez les adultes est fortement lié au syndrome d'intoxication fœtale à l'alcool et augmente les risques de violence physique et sexuelle à l'encontre des enfants de la part des parents et d'autres membres de la famille. Le fait de limiter l'accès à l'alcool devrait donc avoir un effet préventif et il existe quelques données donnant à penser que l'impôt croissant sur l'alcool peut s'avérer efficace en matière de diminution de la maltraitance des enfants.

Les niveaux excessifs de plomb dans l'environnement sont liés aux cas de lésions cérébrales de fœtus et aux désordres cognitifs subséquents – comme l'hyperactivité avec déficit de l'attention – qui sont des facteurs de risque pour la maltraitance des enfants. Réduire les niveaux de plomb dans l'environnement devrait donc en même temps réduire le nombre de nourrissons risquant d'être maltraités.

Ouvrir des refuges et centres d'aide

Selon les études existantes, provenant principalement de pays à revenu élevé, la violence du partenaire intime et la maltraitance des enfants vont souvent de pair. Lorsqu'il existe un risque de maltraitance associé à la violence du partenaire intime, la fourniture d'un refuge et de centres d'aide pour les femmes victimes de violence et leurs enfants devrait avoir un effet préventif, mais aucune étude d'évaluation des résultats ne l'a établi. Des données non scientifiques, de refuges qui admettent des femmes victimes de violence et leurs enfants, montrent même qu'à moins d'être adéquatement soutenues et supervisées, les femmes peuvent elles-mêmes maltraiter leurs enfants dans l'établissement.

Former les professionnels de la santé

Seule une petite proportion de victimes de maltraitance dans l'enfance deviennent des agresseurs à l'âge adulte. Les identifier avec l'aide des professionnels de la santé et les référer à des services thérapeutiques appropriés permettrait néanmoins de briser le cycle de la violence et de réduire le nombre de nouveaux cas de maltraitance. Cette stratégie n'a encore fait l'objet d'aucune étude d'évaluation des résultats et sa valeur préventive demeure incertaine.

Stratégies relationnelles

Parmi les facteurs de risque de maltraitance d'enfants figurent les suivants :

- attention parentale inadéquate, notamment le défaut de tout lien affectif entre parent et nourrisson ;
- attentes peu réalistes quant au développement des enfants ;
- conviction de l'efficacité et de l'acceptabilité sociale des châtements physiques sévères ;
- incapacité de fournir à l'enfant une attention de qualité lorsque le parent est absent.

Inversement, plusieurs stratégies promouvant les liens affectifs précoces et solides entre parent et enfant et une discipline non violente, et créant les conditions au sein de la famille en vue du bon développement psychologique des enfants se sont avérées efficaces en matière de prévention de la maltraitance des enfants.

Les données prouvant que les programmes d'aide et de soutien aux parents préviennent efficacement la maltraitance des enfants sont solides. Les deux modèles les plus largement évalués et appliqués de ce type de stratégie sont les visites dans les foyers et l'éducation parentale.

Instauration de programmes de visites dans les foyers

Les programmes de visites dans les foyers apportent les ressources de la communauté aux familles, dans leur foyer, et ils ont fait la preuve de leur efficacité en matière de prévention de la maltraitance des enfants. Selon une analyse systématique récente d'études d'évaluation des résultats, réalisées pour la plupart aux États-Unis, la participation des parents et des autres membres de la famille à des programmes de visites dans les foyers réduit d'environ 40 % la maltraitance d'enfants.¹ Ces programmes semblent aussi prometteurs pour ce qui est de la prévention de la violence chez les jeunes. Aux cours des visites dans les foyers, des informations et du soutien sont offerts, de même que d'autres services visant à améliorer le fonctionnement de la famille. Plusieurs modèles différents de visites dans les foyers ont été élaborés et analysés. Certains sont appliqués à toutes les familles, quel que soit leur niveau de risque. D'autres aux familles où il y a risque de violence – parents pour la première fois, parents seuls ou adolescents vivant dans des milieux pauvres. Les recherches en cours sur l'efficacité de ces différents modèles indiquent que les programmes les plus opérants comportent les éléments suivants :

- leur attention est centrée sur les familles qui ont le plus besoin de services – à l'inverse des programmes de visite dans toutes les familles quel que soit le risque – à savoir les familles avec :
 - des bébés ayant eu un poids insuffisant à la naissance et des nourrissons nés avant terme;
 - des enfants souffrant de maladies chroniques et handicapés ;
 - des mères adolescentes non mariées à faible revenu ;
 - des antécédents d'abus d'alcool ou drogues ;
- l'intervention débute au moment de la grossesse et se poursuit au moins pendant les deux premières années des enfants ou au plus pendant les cinq premières ;

¹ Centers for Disease Control and Prevention. Premiers rapports évaluant l'efficacité des stratégies de prévention de la violence : visites dans les foyers concernant la petite enfance. Résultats du groupe de travail sur les services préventifs communautaires. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 2003, 52:1–9. Disponible sur le site : <<http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5214a1.htm>> (visité le 7 juin 2006).

- ils sont souples, de façon à pouvoir ajuster la durée et la fréquence des visites et des types de services offerts aux besoins de la famille et au niveau de risque ;
- ils encouragent activement les comportements au bénéfice de la santé physique et mentale et les soins spécifiques aux nourrissons ;
- ils couvrent une vaste gamme de questions pour satisfaire les besoins spécifiques de la famille – au lieu de s’intéresser à une seule question, comme l’augmentation du poids à la naissance ou la réduction de la violence envers les enfants ;
- ils comportent des mesures pour diminuer le stress au sein de la famille, en améliorant l’environnement social et physique ;
- ils ont recours à des infirmières ou à des semi-professionnels formés.

Lancer des programmes de formation parentale

Les programmes de formation parentale ont pour objectif d’instruire les parents sur le développement des enfants et les aider à mieux savoir gérer le comportement de leur enfant. Ces programmes peuvent être fournis à la maison ou dans d’autres contextes – dans des écoles ou des cliniques, par exemple – où il est possible de toucher les futurs et les nouveaux parents. La plupart de ces programmes visent les familles à risque élevé ou celles où des mauvais traitements se sont déjà produits, mais il appert de plus en plus que le fait d’apporter une éducation à tous les parents, potentiels ou ayant déjà des enfants, peut s’avérer bénéfique.

L’évaluation des programmes d’éducation parentale montre des résultats prometteurs en matière de diminution de la violence chez les jeunes, mais peu d’études ont spécifiquement examiné leur impact sur le taux de maltraitance d’enfants. Pour la plupart de ces interventions, les résultats proximaux – comme les compétences et aptitudes parentales, les conflits entre parent et enfant et la santé mentale des parents – ont servi à mesurer l’efficacité. Les analyses portant sur le succès des programmes d’éducation parentale montrent qu’il repose sur :

- une attention soutenue auprès des parents d’enfants pré-adolescents entre 3 et 12 ans ;
- l’examen intensif par les parents du matériel didactique qu’ils ont fourni à leurs enfants et un contrôle testant le souvenir ou la compréhension qu’ils ont de ce matériel ;
- l’enseignement progressif des compétences nécessaires à l’éducation des enfants, toute compétence nouvelle servant de point de départ pour la suivante.

Par ailleurs, il s’est avéré que les programmes d’éducation parentale renferment les éléments fondamentaux de la formation au rôle de parent et à l’éducation des enfants, pour les raisons suivantes :

- ils identifient et enregistrent les comportements problématiques à la maison ;
- ils ont recours à des techniques de renforcement positif, comme les éloges ou le système de points ;
- ils appliquent des méthodes disciplinaires non violentes, comme la suppression de privilèges ou des sorties ;
- ils supervisent et font le suivi du comportement des enfants ;
- ils ont recours à la négociation et aux stratégies de résolution de problèmes.

Stratégies individuelles

Les stratégies individuelles de prévention de la maltraitance d'enfants sont conçues pour modifier directement l'attitude, les croyances et le comportement d'un individu et peuvent être appliquées dans tout contexte.

Réduire le nombre de grossesses non désirées

La grossesse non désirée a été rattachée aux soins prénataux insuffisants, au poids insuffisant à la naissance, au risque de mortalité infantile accru, à la maltraitance des enfants et aux carences en matière de développement des enfants. Des efforts pour réduire le nombre de grossesses non désirées pourrait contribuer à réduire la maltraitance d'enfants, quoique de tels programmes n'aient pas été adéquatement évalués sous cet angle.

Augmenter l'accès aux services prénataux et postnataux

Les programmes de soins prénataux et postnataux et pour encourager les femmes à les utiliser sont prometteurs en matière de prévention de la maltraitance des enfants entre 0 et 3 ans. L'objectif est de réduire la proportion de nouveau-nés prématurés ou ayant un poids insuffisant à la naissance, malades ou souffrant d'un handicap physique ou mental – tous ces éléments pouvant interférer avec les liens affectifs et rendre l'enfant plus susceptible d'être maltraité. L'encouragement à prodiguer de bons soins prénataux et postnataux apparaît donc comme crucial pour assurer de meilleurs résultats à la naissance. Ces interventions doivent être encore correctement évaluées, mais il semble que leur potentiel préventif soit élevé – notamment parce qu'elles peuvent s'appliquer à des populations entières, quelles que soient les différences de risque au niveau individuel ou au niveau d'un groupe. La fourniture de services prénataux et postnataux est aussi l'occasion de recruter des parents potentiels ou de jeunes parents pour les programmes de visites dans les foyers et les programmes d'éducation parentale – deux interventions relationnelles dont l'efficacité est solidement prouvée en matière de prévention de la maltraitance des enfants.

Apprendre aux enfants à éviter les situations possibles de violence

Les programmes de ce genre sont conçus pour apprendre aux enfants à reconnaître les situations menaçantes et leur fournir des moyens de se protéger. Les programmes sont basés sur l'idée que les enfants sont maîtres de leur corps et qu'il existe différentes sortes de contact physique. Les enfants apprennent à répondre à un adulte qui leur demande de faire quelque chose qui leur déplaît. Selon les chercheurs, les enfants peuvent acquérir des connaissances et des capacités pour se protéger eux-mêmes contre la violence. Mais on ne sait pas si ces capacités restent acquises avec le temps et si elles protègent effectivement l'enfant dans toutes les situations de violence, notamment si l'auteur des sévices est quelqu'un que l'enfant connaît bien et en qui il a confiance. Il reste donc à démontrer scientifiquement que les capacités acquises sont vraiment efficaces en matière de prévention de la maltraitance en situation réelle.

3.3 Évaluations des résultats des programmes de prévention de la maltraitance des enfants

Il est utile d'examiner les données relatives aux stratégies de prévention prometteuses et qui ont fait leurs preuves quand on veut en élaborer qui soient efficaces contre la violence envers les enfants. Il est donc important, pour étendre la base de données, d'en tenir compte dans la conception et la mise en place de l'intervention et d'accompagner celle-ci d'une *étude d'évaluation des résultats*. C'est là une entreprise scientifique qui

ENCADRÉ 3.1

Intervenir à plusieurs niveaux : le «Triple-P» Positive Parenting Programme

Les programmes comportent parfois des stratégies de prévention à plus d'un niveau, avec des interventions liées entre elles de façon complexe aux différents niveaux. C'est le cas du «Triple-P» Positive Parenting Programme mis au point en Australie. Son approche, à plusieurs niveaux, consiste à adapter l'information, les conseils et le soutien professionnel aux besoins des familles, en reconnaissant que ces besoins peuvent être très variés.

Les interventions du Triple-P, aux différents niveaux, sont généralement les suivantes :

- Niveau 1 : des messages, par le biais des médias, sur le rôle parental ;
- Niveau 2 : des supports d'information, comme les fiches de conseils et les vidéos ;
- Niveau 3 : des interventions courtes et ciblées sur des problèmes comportementaux particuliers, offertes par des praticiens en soins primaires ;
- Niveau 4 : des programmes d'éducation parentale plus intensifs ;
- Niveau 5 : l'attention sur des questions familiales plus larges, comme les rapports conflictuels, la dépression, la colère ou le stress parental.

Un certain nombre d'évaluations indépendantes des résultats du Triple-P ont montré que ce programme avait permis d'améliorer les techniques de gestion de la famille, la confiance en soi des parents pour élever leur enfant et les résultats comportementaux, dont les comportements liés à la santé et l'agression. Le programme – ou, dans certains cas, une partie du programme – a été appliqué en Chine (Hong Kong, région Atlantique Sud), en Allemagne, en Nouvelle-Zélande, à Singapour, en Suisse, au Royaume-Uni et aux États-Unis d'Amérique.

Source : Sanders MR, Markie-Dadds C, Turner KMT. *Theoretical, scientific and clinical foundations of the Triple-P Positive Parenting Program: a population approach to the promotion of parenting competence*. St Lucia, The Parenting and Family Support Centre, University of Queensland, 2003. (Parenting Research and Practice Monograph No. 1). Disponible sur le site : <http://www.triplep.net/files/pdf/Parenting_Research_and_Practice_Monograph_No.1.pdf> (visité le 7 juin 2006).

devrait être planifiée avant le démarrage du projet et dont les étapes sont notamment les suivantes :

- s'assurer qu'il existe des capacités suffisantes – par exemple, en collaborant avec un établissement supérieur ou un organisme de recherche ;
- déterminer les objectifs de prévention ;
- élaborer un modèle logique ;
- sélectionner les résultats et leur source de données ;
- concevoir la fourniture et l'évaluation de l'intervention ;
- mettre en place l'intervention et l'évaluation des résultats ;
- analyser les résultats et les diffuser.

Déterminer les objectifs de prévention

Le choix des *objectifs de prévention* constitue un bon point de départ. Il s'agit avant tout de s'assurer de pouvoir les atteindre, en fonction de l'effet que peut avoir l'organisation sur les facteurs de risque et les facteurs de protection. Cela dépend des ressources de l'organisation et de sa capacité à en réunir d'autres.

Il est par exemple probable que seul un organisme gouvernemental national puisse « réduire le taux d'homicide chez les enfants de 0 à 14 ans de 6,5 pour 100 000 à 6 pour 100 000 ». Par contre, il existe des exemples d'organismes communautaires qui, en partenariat avec le gouvernement local et les établissements d'enseignement supérieur, mènent avec succès des études d'évaluation des résultats dans des milieux à faibles ressources, comme les programmes de visites dans les foyers et les programmes d'éducation parentale.

Élaborer un modèle logique¹

Un « modèle logique » est un outil communément utilisé pour comprendre un programme – son contenu, sa portée, les résultats espérés. Le modèle logique expose la structure du programme. Il montre les rapports entre :

- ce qui est investi dans le programme – les **ressources**;
- ce qu'il accomplit – les **initiatives et les résultats intermédiaires** ;
- ce qui en découle – les **résultats** – à court et à long terme.

Un modèle logique se présente souvent comme un graphique ou un tableau. Il vise plusieurs objectifs, dont les suivants :

- **La planification d'un programme.** Le modèle logique peut servir au fur et à mesure que s'élabore le programme. Il aide à réfléchir à la stratégie du programme – en clarifiant la situation où l'on se trouve par rapport à celle où l'on devrait être.
- **La gestion du programme.** Comme le modèle logique fait le lien entre ressources, activités et résultats, il permet l'élaboration d'un plan plus détaillé de la gestion du travail. Utilisé en parallèle avec les données d'une évaluation, le modèle logique aide au suivi des opérations.
- **L'évaluation.** Le modèle logique sert à déterminer ce qu'il faut évaluer, et dans quelle mesure, de façon à utiliser efficacement et opportunément les ressources.
- **La communication.** Le modèle logique est un outil puissant de communication des activités et d'enregistrement des résultats d'un programme, et il souligne le lien entre les deux.
- **La création d'un consensus.** Le modèle logique crée une base d'entente commune entre toutes les personnes impliquées, à l'intérieur comme à l'extérieur du programme, sur le contenu du programme, comment il fonctionne et les objectifs qu'il vise à atteindre.

Un modèle logique comprend les éléments fondamentaux du programme, mais sous une forme nécessairement simplifiée. Le modèle n'est pas statique ; il peut et doit évoluer avec le temps, au fur et à mesure que les connaissances et l'expérience acquise grâce au programme augmentent.

Les composantes d'un modèle logique sont les suivantes :

- **les objectifs** : le but général du programme ;
- **les ressources** : ce qui est nécessaire à sa mise en place ;
- **les initiatives** : les mesures à prendre pour sa mise en place ;
- **les résultats intermédiaires** : les résultats directs tangibles des initiatives du programme ;
- **les résultats finaux** : les changements que le programme devrait apporter.

Comme le montre la Figure 3.1, les composantes du modèle logique sont liées à une série de conditions (si-alors) : *si* les ressources sont disponibles, *alors* les initiatives du programme pourront être mises en place ; *si* les initiatives du programme sont mises en place, *alors* on peut en attendre un certain produit et certains résultats.

Il est important d'envisager en même temps les phases du modèle logique pour chacun des objectifs du programme et le programme dans son ensemble.

¹ Cette section sur l'élaboration d'un modèle logique de programme est adaptée de *Logic model workbook*, publié par Innovation Network. Ce manuel peut être téléchargé depuis le site : <<http://www.innonet.org/>> (visité le 19 janvier 2006).

Figure 3.1 Modèle logique de planification d'un programme de prévention



Ce modèle logique est tiré du manuel *Logic Model*, publié chez Innovation Network. On peut télécharger ce manuel à partir du site : <http://www.innonet.org/> (visité le 19 janvier 2006).

Au fur et à mesure que chacune des parties du modèle est ébauchée, il convient d'en faire une lecture collective et de s'arrêter sur les énoncés conditionnels « si – alors ». S'il est impossible de relier chacun des éléments du modèle logique, il faut identifier les lacunes et procéder à des ajustements. Peut-être faudra-t-il revoir certains éléments du programme pour que les objectifs soient atteints.

L'élaboration d'un modèle logique permet aussi de faire participer tous les groupes et individus impliqués dans le programme, à savoir, le personnel du programme, les bénéficiaires de l'intervention, les partenaires, les bailleurs de fonds, les membres de conseils d'administration, les représentants de la communauté et les bénévoles. Leurs points de vue peuvent améliorer le modèle logique du programme et en clarifier les ambitions diverses.

Innovation Network est une ressource Internet utile, sans but lucratif qui, par le biais de questions spécifiques pour chaque élément du modèle logique, guide à travers le processus d'élaboration d'un modèle pour un programme d'évaluation donné. *Innovation Network* contient aussi d'autres ressources se rattachant au programme d'évaluation.¹

Sélectionner les résultats et leur source de données

Une fois que les objectifs de prévention concordent avec la capacité d'organisation, il faut déterminer les résultats que le programme vise à modifier, l'idéal étant que toutes les études d'évaluation des résultats dégagent principalement des mesures objectives de la maltraitance, comme le nombre et le taux :

- de mortalité infantile pour cause de maltraitance ;
- d'enfants recevant des soins hospitaliers d'urgence pour cause de blessures dues à la maltraitance ;
- d'adultes affichant des comportements dangereux pour la santé et un état de santé associé à la maltraitance ;
- d'adultes reconnus coupables de maltraitance d'un enfant dans la famille.

Dans la pratique, seuls quelques pays à revenu élevé ont des systèmes de données suffisamment élaborés pour mesurer ces résultats. Par ailleurs, les blessures et morts d'enfants pour cause de maltraitance étant relativement rares, il est difficile de percevoir des changements significatifs avec des tests de prévention sur une petite échelle. Par conséquent, lorsque l'on entreprend une prévention, il faudrait envisager plusieurs autres résultats, accompagnés des mesures objectives citées plus haut – comme la modification des connaissances, des attitudes, des croyances et des pratiques (Encadré 3.2).

D'autres résultats sont également à envisager, dont ceux concernant les facteurs de risque et de protection et d'autres conséquences pour la santé liées à la maltraitance des enfants – comme la dépression, le syndrome de stress post-traumatique, l'abus d'alcool ou d'autres drogues, les troubles de la nutrition, les comportements à risque. Le tableau

¹ Voir le site : <<http://www.innonet.org/>> (visité le 19 janvier 2006).

ENCADRÉ 3.2

Sélectionner plusieurs résultats pour évaluer un programme de visites dans les foyers

Un programme de visites dans les foyers visant à prévenir la maltraitance des enfants peut avoir au moins quatre incidences :

- augmenter les connaissances parentales ou modifier les attentes concernant le développement des enfants ;
- modifier les attitudes des parents vis-à-vis de l'éducation des enfants ;
- modifier l'interaction entre parent et enfant ;
- accroître la surveillance de la famille par des professionnels – ce qui peut permettre la détection d'un problème ou éviter qu'il ne surgisse.

Le but ultime est de modifier le taux de maltraitance, mais mesurer avec exactitude cette modification s'avère difficile pour plusieurs raisons, dont la réticence des individus à signaler les cas de maltraitance et l'immense variété des réponses apportées à ces signalements par les organismes de protection de l'enfance. L'évaluation seule des changements du taux de maltraitance risque de faire apparaître un programme comme étant moins efficace qu'il ne l'est en réalité, si des changements au niveau des résultats intermédiaires – les interactions parent-enfant, par exemple – et dus au programme échappent aux évaluateurs. Tous les résultats intermédiaires devraient donc être mesurés, au même titre que pour les résultats principaux, comme l'illustrent les exemples suivants.

- **Les connaissances et les attentes parentales concernant le développement des enfants** peuvent se mesurer à l'aide de questionnaires permettant d'évaluer leurs connaissances sur les soins, le développement et le comportement des nourrissons – par exemple, le *Knowledge of Infant Development Inventory* (inventaire des connaissances sur le développement du nourrisson).
- **L'attitude parentale vis-à-vis de l'éducation des enfants** peut se mesurer à l'aide d'échelles d'évaluation des attitudes pédagogiques et de la confiance de l'individu en ses propres compétences à cet égard – par exemple, la *Parenting Sense of Competence Scale* (échelle du sentiment de compétence ressenti par les parents)
- **Les interactions entre parent et enfant** peuvent se mesurer à l'aide d'échelles d'évaluation des comportements violents des enfants – par exemple, la *Parent-Child Conflict Tactics Scale* (échelle des tactiques de résolution des conflits parents-enfants).
- **L'impact d'une surveillance accrue sur la détection précoce et le découragement de la violence** peuvent se mesurer en comparant les taux de violence signalée dans les familles bénéficiant de l'intervention et les taux dans les familles contrôlées ne bénéficiant pas de l'intervention.

3.2 dresse une liste de résultats que l'on peut envisager lors de la conception de l'évaluation des résultats d'un programme de prévention de la maltraitance des enfants. Quand on sélectionne des résultats pour un programme donné, il faut notamment prendre en considération :

- la pertinence du résultat du point de vue de la prévention ;
- le type et la fréquence du résultat ;
- la disponibilité des données sur le résultat.

La pertinence des résultats du point de vue de la prévention

Le modèle logique de prévention veut que les résultats choisis soient des indicateurs valides d'un ou plusieurs facteurs de risque et de protection et d'une ou plusieurs conséquences physiques, psychologiques et sociales. Si les indicateurs des résultats ne sont pas étroitement liés à ces facteurs, alors les preuves d'un effet préventif risquent de passer inaperçues.

Le type et la fréquence du résultat

Les résultats peuvent être :

- **des événements** – par exemple, des décès, des blessures, des actes de comportement violent, des épisodes de maladie ou des visites chez le médecin ;

- **des états de santé** – par exemple, une dépression, un syndrome de stress post-traumatique, de l'alcoolisme ;
- **des caractéristiques individuelles** – par exemple, des connaissances, des attitudes, des croyances et des pratiques.

Lorsque les résultats sont des événements ou des états de santé, la fréquence de leurs manifestations aura une incidence sur la taille requise de la population de l'intervention. Moins un résultat est fréquent, plus la taille de la population de l'intervention doit être grande aux fins de l'évaluation. Plus le résultat est fréquent, plus la taille de la population requise est réduite.

Les blessures et décès suite à des violences sont rares et requièrent des évaluations à grande échelle pour savoir si le programme de prévention les a modifiés de manière significative. Par exemple, pour évaluer les résultats des efforts de prévention d'homicides d'enfants de 0 à 4 ans, il faudrait plusieurs années à l'échelle nationale dans les pays de faible superficie et à l'échelle de la province ou de la ville dans les plus grands.

Lorsque les résultats portent sur des caractéristiques individuelles, des études de moindre envergure sont possibles. De fait, comme la plupart des évaluations des résultats existantes ont porté sur des études à plus petite échelle, elles se sont centrées sur les connaissances, les attitudes, les croyances et les pratiques.

Calculer la taille requise de la population de l'intervention pour obtenir un résultat valide à partir d'une évaluation exige les compétences d'un spécialiste de la statistique.

La disponibilité des données sur le résultat

Les données sur le résultat peuvent s'obtenir par des méthodes d'évaluation conçues spécifiquement pour l'étude d'évaluation des résultats et directement à partir des systèmes de surveillance de la violence et des actes préjudiciables à l'échelle de la communauté – lorsqu'ils existent et sont bien développés. Cependant, ces systèmes sont inexistantes en bien des endroits et ce n'est donc qu'avec des outils spécifiquement conçus que les données pourront être obtenues.

Les études épidémiologiques représentatives décrites au chapitre 2 peuvent alors apporter des données sur l'exposition aux comportements violents et leurs conséquences en vue d'interventions sur une plus grande échelle et en vue d'interventions dont l'impact doit être suivi et contrôlé sur plusieurs années. Pour d'autres résultats concernant les connaissances, les attitudes, les pratiques et les comportements, il faut élaborer des questionnaires spécifiques se fondant si possible sur des exemples probants tirés d'études d'évaluation antérieures (voir les exemples du Tableau 3.2 et de l'Annexe 2).

Concevoir l'exécution et l'évaluation de l'intervention

Après avoir défini les objectifs de prévention, les indicateurs de résultat et les sources des données des résultats, il faut concevoir le mode d'exécution et d'évaluation de l'intervention. Pour cela, il importe de déterminer :

- le type d'intervention ;
- l'étendue de l'intervention ;
- qui va mener l'intervention ;
- les bénéficiaires de l'intervention ;
- les paramètres de contrôle et de documentation du processus.

Tableau 3.2 Exemples d'indicateurs d'évaluation des résultats par niveau écologique

(Voir à l'Annexe 2 des exemples d'outils validés pour mesurer ces résultats)

Temps écoulé entre l'intervention et la mesure du résultat	Niveau écologique		
	Nourrisson et enfant	Parent et famille	Communauté et société
<p>Cours terme</p> 	<p>Développement du nourrisson et des enfants – développement physique, verbal et intellectuel</p> <p>Santé – par exemple, visites pour soins préventifs ; vaccination</p> <p>Comportement externalisé et internalisé</p> <p>Urgence du centre hospitalier et autres admissions hospitalières pour blessures intentionnelles</p> <p>Aptitude sociale</p> <p>Niveau d'instruction, résultats scolaires inclus</p> <p>Rencontres avec le système de justice pénale – en tant que victime ou auteur des sévices</p> <p>Recours aux services de santé pour toutes sortes de raisons – y compris en tant que patient externe ou hospitalisé, ou une visite chez le médecin généraliste</p> <p>Comportements dangereux pour la santé signalés par la personne elle-même – comme l'abus d'alcool et de drogues ; partenaires sexuels multiples ; tabagisme ; violence du partenaire sexuel</p> <p>Connaissances parentales, attitudes et comportements liés à la discipline</p>	<p>Attachement parent-enfant</p> <p>Aptitude en tant que parent ; attitudes concernant l'art d'être parent</p> <p>Connaissances et attentes parentales concernant le développement du nourrisson et des enfants – développement physique, émotionnel, cognitif et sexuel</p> <p>Connaissances, attitudes et comportement parentaux concernant la discipline</p> <p>Rencontres pour cause de maltraitance des enfants avec le système de justice pénale et les services de protection infantile</p> <p>Contacts avec les organismes d'aide sociale</p>	<p>Croyance en l'acceptabilité sociale du châtiment physique pour les enfants</p> <p>Autorisation de sortie d'hôpital d'enfants de moins de 5 ans ayant été admis pour cause de maltraitance et d'agression</p> <p>Disponibilité des services communautaires pour traiter des conséquences de la maltraitance des enfants</p> <p>Visites en salle d'urgence pour cause de maltraitance et agression contre des enfants de moins de 5 ans</p> <p>Adultes de tranches d'âge spécifiques signalant des expériences remontant à l'enfance</p> <p>Homicides d'enfants de moins de 5 ans¹</p> <p>Décès d'enfants de moins de 5 ans suite à des sévices</p>
Long terme			

¹ Théoriquement, le taux d'homicides d'enfants de 5 à 9 ans et de 10 à 14 ans devrait aussi figurer comme indicateur. Cependant, le taux d'homicides d'enfants de moins de 5 ans est, selon toute vraisemblance, l'indicateur le plus pertinent. Il faudrait mesurer cet indicateur quand les ressources sont insuffisantes pour mesurer et indiquer les taux d'homicides dans les trois groupes d'âge.

Le type d'intervention

En premier lieu, il faut décider lesquelles des nombreuses stratégies possibles d'intervention correspondent aux objectifs fixés et à la capacité d'organisation de l'organisme qui va les exécuter. La décision doit se fonder sur les données épidémiologiques existantes et sur les preuves de stratégies efficaces, prometteuses ou incertaines, citées au tableau 3.1. Cela garantira que les ressources sont investies dans les stratégies qui offrent le plus de chances d'atteindre les objectifs.

Une fois arrêtées les stratégies les plus appropriées, on a le choix entre deux grandes approches de conception d'une l'intervention et de méthode d'évaluation. La première consiste à tenter de reproduire dans un contexte donné une intervention déjà testée. La seconde à concevoir depuis le début une intervention fondée sur ce qui s'est avéré probant ailleurs, mais qui en même temps reflète les réalités particulières du contexte donné.

La reproduction d'une intervention qui a fait ses preuves

Reproduire une intervention qui s'est avérée efficace dans un autre contexte exige des données détaillées sur la façon dont elle a été menée. Les procédés selon lesquels l'intervention, son contrôle et son évaluation ont été effectués doivent tous être reproduits le plus exactement possible. Si l'on dévie du programme original, il sera difficile d'établir si le degré d'efficacité trouvé est dû au programme ou au nouveau contexte. Ces reproductions visent à déterminer si un programme est efficace dans un contexte différent de celui où il l'a été en premier lieu.

Concevoir une nouvelle intervention

Il existe souvent des différences marquées tant au niveau des ressources que des normes sociales et culturelles entre le lieu où une intervention efficace a été menée une première fois et celui où une nouvelle intervention est envisagée. Ainsi, là où la vie privée a beaucoup d'importance, il peut y avoir des résistances aux programmes de visites dans les foyers, jugées trop indiscretes. Il faudrait alors trouver un autre moyen d'atteindre les parents et leurs enfants – par exemple, par le biais de programmes pour les parents dans des cliniques offrant des services prénatals et postnatals. Dans des cas de ce genre, les interventions doivent tenir compte des principes qui sous-tendent les stratégies efficaces traitant des mêmes facteurs de risque ou de facteurs similaires, et se fonder sur des considérations théoriques appropriées.

L'étendue de l'intervention

Tel que noté au tableau 3.1, les stratégies de prévention peuvent s'appliquer à toutes les communautés, familles et individus, quelles que soient les différences de risques, ou seulement là où des risques ont été identifiés. Les visites dans les foyers étant plus efficaces dans le cas de groupes à risque, c'est cette stratégie qu'il faut retenir dans ce cas-là. Lorsque les stratégies offrent des preuves incertaines, la décision de savoir si l'on cible les groupes à risque ou la population dans son ensemble dépendra de la nature de l'intervention, de l'intensité de l'activité et de l'étendue des ressources requises.

En règle générale, l'impact des stratégies nécessitant l'intervention active et soutenue de professionnels sera moindre si ces stratégies sont appliquées à la population entière que si elles sont axées sur des interventions ponctuelles ou périodiques, comme dans le cas des réformes juridiques. D'ailleurs, de par leur nature même, certaines interventions ciblent l'ensemble de la population – par exemple les réformes juridiques, les politiques fiscales et d'établissement des prix pour réguler la disponibilité de l'alcool, ainsi que les campagnes de sensibilisation traitant des normes sociales et culturelles.

Les partenaires de l'intervention

Comme on l'a déjà souligné, il est important que les stratégies et objectifs de prévention soient adaptés aux divers secteurs, organismes et individus concernés par la mise en application de l'intervention. Le choix des intervenants devrait dépendre des facteurs de risque à traiter, des rôles que les différents secteurs peuvent jouer dans le changement de ces facteurs de risque, du partage de l'information, des résultats de recherche et de l'évaluation des résultats.

Pour s'assurer que les partenaires remplissent leurs obligations pendant la durée du projet, il est nécessaire d'établir des contrats en bonne et due forme pour leur travail.

Les bénéficiaires de l'intervention

Le choix des bénéficiaires de l'intervention dépendra de la stratégie de prévention adoptée, selon qu'elle vise un groupe de personnes ou seulement les individus à risque. Si elle porte sur les individus et groupes à risque, il faut élaborer des critères et des méthodes de sélection rigoureux pour les identifier. Ces méthodes doivent s'appliquer scrupuleusement pour assurer que seuls les groupes ou individus se situant au niveau de risque spécifié bénéficieront de l'intervention.

Que tous ou seuls les individus à risque bénéficient de l'intervention, il est important que les représentants du groupe ciblé soient impliqués dans la conception de l'intervention et sa mise en œuvre. Cela en garantira l'acceptation par le groupe et permettra de diminuer les résistances éventuelles. Le fait d'impliquer des membres du groupe ciblé peut aussi aider à résoudre la question initiale de savoir si l'on reproduit une intervention existante élaborée dans un contexte différent ou si l'on conçoit une nouvelle intervention.

Identification d'un groupe témoin

La plupart des études d'évaluation des résultats comportent un groupe de référence ou groupe témoin pour déterminer si l'intervention a bénéficié aux personnes ciblées ou si elle a été stérile. Le défi consiste à composer ce groupe de référence de manière qu'il soit, dans la mesure du possible, similaire au groupe recevant les services. Si les deux groupes sont très semblables dès le départ et que leurs expériences ne diffèrent que par l'exposition à l'intervention, il est beaucoup plus facile d'avancer que c'est l'intervention qui a entraîné tout changement observé. En général, les groupes de référence se composent de trois façons :

- après l'intervention ;
- au début du programme, à l'aide d'une méthode de jumelage définie ;
- par assignation aléatoire.

Quelques interventions, cependant, touchent des populations entières – comme les campagnes multimédias destinées à sensibiliser les individus à la maltraitance des enfants. On peut alors comparer la situation avant l'intervention et la situation après l'intervention. La population touchée avant l'intervention devient ensuite son propre groupe contrôle.

L'identification d'un groupe de contrôle est une tâche complexe du point de vue technique et qui requiert la contribution d'un spécialiste en méthodologie de la recherche.

Suivi du processus d'exécution

Un suivi et une documentation adéquats du processus de mise en application de l'intervention sont essentiels pour toute étude d'évaluation des résultats. Il faut tenir des registres précis, selon un ordre chronologique, avec la description complète de la teneur,

de la fréquence et de la nature des interactions entre le personnel du programme et les personnes recevant l'intervention. Les registres doivent également être à jour, pour permettre de repérer rapidement les écarts par rapport à ce qui était prévu et les corriger. Ces registres seront aussi utiles par la suite pour le travail sur les conclusions de l'évaluation des résultats.

Parmi les obstacles au suivi et à la documentation adéquats du processus de mise en application peuvent figurer les suivants :

- une résistance de la part des gestionnaires et du personnel du programme parce qu'ils pensent que ce travail menace leur emploi ;
- une réticence de la part du gouvernement et des organismes de financement à fournir les ressources pour le suivi et la documentation parce qu'ils estiment qu'ils ne sont pas essentiels à l'activité de « recherche » ;
- un manque de ressources humaines et un personnel souvent déjà surchargé par les tâches du programme.

Ces problèmes sont courants, mais pas insurmontables. L'intégration au programme, dès le début, des activités de suivi et de documentation peut garantir que les ressources humaines et financières appropriées sont allouées et contribuer à réduire la charge de travail ultérieure du personnel. Un partenariat entre les centres de recherche ou d'études et les programmes peut fournir l'assistance technique nécessaire à un suivi et une documentation de qualité. Enfin, la participation du personnel du programme à la planification de l'exercice et la répartition des tâches peut rendre le processus moins menaçant à ses yeux. Partager les résultats positifs issus du processus d'évaluation avec les membres du personnel peut aussi leur montrer l'importance du suivi et de la documentation.

Analyser l'évaluation et diffuser les résultats

Une pratique fondée sur les données de la planification et la mise en application de la prévention de la maltraitance des enfants donnera de meilleurs résultats et elle facilitera le travail des praticiens, des planificateurs de programmes et des organismes de financement impliqués dans les stratégies et activités de prévention de la maltraitance des enfants. Par conséquent, l'objectif central du présent guide, qui met l'accent sur la réalisation d'études d'évaluation des résultats, est d'élargir la base de la preuve scientifique sur la prévention au-delà de ses limites actuelles restreintes à un petit nombre de types d'intervention dans quelques pays à revenu élevé.

La base de données sur les interventions – dans les domaines des soins de santé, du bien-être collectif, de l'éducation et autres – consiste en des études systématiques d'un grand nombre d'études d'évaluation à résultat unique pour prévenir des problèmes particuliers – comme la violence physique exercée par les parents sur leurs enfants. Ces études d'évaluation ont été réalisées par des chercheurs travaillant indépendamment dans différentes parties du monde. Les études systématiques ont recours à des procédures transparentes pour rechercher, évaluer et rassembler tous les résultats de recherche sur un sujet particulier. Ces procédures :

- sont explicites, pour que d'autres puissent reproduire l'étude ;
- sont définies avant de passer à l'étape de l'étude ;
- contiennent des critères précis à inclure ou à exclure de l'étude ;
- spécifient les méthodologies, populations, interventions et résultats que l'étude doit couvrir.

De nouvelles études d'évaluation des interventions sont produites continuellement et

les études systématiques sur un problème ou un type particulier d'intervention sont donc régulièrement actualisées. Les conclusions de ces études sont diffusées auprès des personnes qui décident des programmes à élaborer. L'existence d'études systématiques augmente sensiblement la capacité de fournir des arguments solides débouchant sur des engagements financiers et politiques accrus lorsqu'une stratégie a fait ses preuves.

Pour que la conception, l'analyse et le signalement d'une étude d'évaluation des résultats soient inclus dans une étude systématique, ils doivent répondre aux critères scientifiques standards, notamment : les exigences particulières aux méthodologies utilisées pour l'analyse des données, ainsi que l'étude méthodique des conclusions par des pairs travaillant dans le domaine. La publication des conclusions dans des publications scientifiques approuvées par des collègues n'est pas essentielle, mais elle facilite l'identification, permet de repérer les conclusions, et il devient alors possible de les intégrer dans une étude systématique. L'analyse des conclusions et la diffusion des résultats des études d'évaluation des programmes de prévention de la maltraitance des enfants doit donc être entreprise dans le but explicite de produire des rapports offrant la rigueur scientifique suffisante pour figurer dans une étude systématique. Mais ce but ne doit pas nuire à la diffusion de résultats compréhensibles auprès d'autres publics nombreux et intéressés.

Services aux enfants et familles affectés

Quand un cas de maltraitance d'enfant est connu, une aide doit être apportée à l'enfant et à sa famille. La maltraitance des enfants peut être révélée par des signes chez l'enfant – des blessures, par exemple – par des révélations d'enfants, le signalement d'un témoin ou d'un participant aux actes de maltraitance, ou par la découverte d'une preuve – un journal intime ou une bande vidéo, par exemple. Le rôle des fournisseurs de services est d'apporter des soins de façon à minimiser les conséquences des actes de maltraitance ou de négligence qui se sont produits et de déterminer les actions qui pourraient prévenir des violences futures. Les réformes, politiques et programmes juridiques devraient tous aider les fournisseurs de services à mener à bien ces tâches. Les interventions auprès des enfants maltraités devraient s'intéresser à leur bien-être immédiat et aux coûts sociaux et de santé à long terme liés à la maltraitance.

Il y a peu de données – on l'a déjà signalé – sur l'efficacité des stratégies de prévention de la maltraitance des enfants, mais il en existe encore moins sur l'efficacité des interventions dans les cas d'actes de maltraitance des enfants. Sauf quelques rares exceptions, il est donc difficile de formuler des recommandations sur de telles interventions. Quoi qu'il en soit, un soutien formel aux enfants maltraités est absolument nécessaire.

Le présent chapitre traite de certains éléments qui doivent faire partie des interventions dans les cas connus d'enfants maltraités. Il importe de favoriser une livraison de services permettant de mesurer les résultats et d'enrichir ainsi les données sur l'efficacité de la prestation de ces services. En raison du grand nombre de ressources humaines et financières actuellement investies dans les systèmes de protection de l'enfance, il est urgent d'avoir accès à des informations spécifiques à chaque pays sur l'efficacité des différentes interventions utilisées par ses services.

4.1 Améliorer la base de données existante

Les services de soins de santé et sociaux de qualité répondant aux besoins doivent intervenir de façon appropriée. Lorsque les protocoles des services se fondent uniquement sur l'intuition, l'information anecdotique ou des considérations politiques, sans prendre en compte la preuve scientifique, les services risquent d'être non seulement inefficaces, mais peut-être même nuisibles. Il est donc important que les interventions reposent sur une base théorique appropriée et soient conçues en fonction de la meilleure preuve scientifique disponible.

Il est également important de mesurer les résultats des interventions pour comprendre si elles ont eu les effets escomptés. Des *études des résultats d'intervention* des services de soins de santé, sociaux et juridiques intervenant dans les cas de maltraitance d'enfants sont donc nécessaires. L'information contenue dans le chapitre 3 sur l'évaluation des résultats des programmes de prévention vaut également pour les interventions auprès

d'enfants maltraités et de leur famille. Tout comme les stratégies de prévention, les services devraient être élaborés de sorte que :

- un modèle logique soit utilisé ;
- la capacité de l'organisation, y compris ses ressources humaines, corresponde aux objectifs du service ;
- les indicateurs appropriés des résultats soient identifiés.

L'évaluation des processus mesurant les indicateurs de la fourniture d'un service est importante pour l'amélioration continue de la qualité et pour guider l'administration et la planification, mais l'évaluation des services aux enfants et aux familles doit dépasser le cadre de l'évaluation des processus et s'intéresser à l'impact à court et à long terme des services sur les usagers.¹

Selon le ministère de la santé du Royaume-Uni, des services efficaces aux enfants et familles sont le résultat combiné d'une pratique fondée sur des faits et d'un « jugement professionnel soigneusement pesé »² et, pour ce faire, les praticiens doivent :

- utiliser avec discernement la connaissance tirée de la pratique et de la recherche, des besoins des enfants et des familles, ainsi que des résultats des services et interventions ;
- enregistrer et mettre à jour systématiquement leurs données, en distinguant les sources de données – par exemple, données directes, données provenant de registres d'autres organismes ou d'entrevues avec des membres de la famille ;
- écouter les usagers des services, y compris les enfants et les familles ;
- continuellement évaluer l'intervention pour savoir si elle est efficace et répond aux besoins d'un enfant ou d'une famille en particulier – et la modifier en conséquence ;
- rigoureusement évaluer les données, les processus et les résultats des interventions effectuées par un praticien.

Même dans les pays à revenu élevé dotés d'une infrastructure développée, les services de protection de l'enfance échouent auprès de nombreux enfants. Il ne faut pas élaborer des systèmes de protection complexes et coûteux au détriment de l'investissement dans la prévention. Les politiques et programmes de protection de l'enfance doivent plutôt se concevoir en tandem avec ceux qui visent la prévention de la maltraitance des enfants. Il faudrait par ailleurs intégrer si possible aux services de soins de santé et sociaux existants les services répondant aux cas d'enfants maltraités.

4.2 Intervenir dans les cas de maltraitance d'enfants : les éléments clé

Détecter les cas de maltraitance d'enfants

Les chercheurs et praticiens reconnaissent que de nombreux cas d'enfants maltraités passent inaperçus et que ces enfants ne reçoivent donc ni aide ni protection formelles. Étant donné l'étendue de la maltraitance des enfants et ses conséquences à long terme pour la santé et du point de vue social, il est très probable que les enseignants, les travailleurs de la santé et les travailleurs sociaux, ainsi que d'autres professionnels de « première ligne » interagissent chaque année – sans connaissance des faits – avec beaucoup d'enfants victimes de maltraitance et beaucoup d'adultes l'ayant été dans leur enfance.

¹ Certains événements comme l'adoption, le placement familial ou les changements d'adresse peuvent tenir lieu de variables subrogatives des résultats, mais leur rapport avec les résultats réels des enfants doit être examiné avec soin.

² *Framework for the assessment of children in need and their families*. Londres, Royaume-Uni, ministère de la Santé, 2000:16.

La détection précoce de cas de maltraitance d'enfants peut aider à minimiser les risques de maltraitance ultérieure et les conséquences à long terme pour la santé et du point de vue social. Les très jeunes enfants ne sont pas capables de signaler la maltraitance dont ils sont l'objet, et cependant, de tous les enfants, ce sont eux qui courent les plus grands risques de blessure grave, de lésion neurologique et de mort. Augmenter la capacité des professionnels de première ligne à détecter les cas de maltraitance d'enfants de moins de cinq ans est donc primordial.

À cette fin, les travailleurs en première ligne qui sont régulièrement en contact avec des enfants et des familles doivent être en mesure de reconnaître les signes avertisseurs indiquant que des enfants et des familles ont besoin d'aide et ils doivent pouvoir intervenir en tenant compte de ces signes. Cette capacité de détecter et d'intervenir de bonne heure requiert en premier lieu une formation spéciale des professionnels. Cette formation devrait couvrir les connaissances suivantes :

- les mythes sur la maltraitance des enfants ;
- les signes physiques et comportementaux de maltraitance possible, probable et avérée – ainsi que les signes n'indiquant pas la maltraitance ;
- comment répondre en cas de signes de maltraitance – y compris le recours aux protocoles et à l'implication des superviseurs, rapporter des cas et faire des recommandations.

Un grand nombre de professionnels s'inquiètent de ce qui pourrait leur arriver – ainsi qu'aux enfants et aux familles concernés – en cas d'intervention de leur part dans un cas possible de maltraitance. Ces inquiétudes doivent être abordées. La formation des travailleurs de la santé et des travailleurs sociaux devrait inclure de l'information sur les options en vue d'un traitement médical et psychosocial des personnes affectées par la maltraitance.

Là où il existe des systèmes de soins de santé primaires, l'interaction régulière entre parents et enfants d'une part, et travailleurs de la santé de l'autre, représente une précieuse occasion de détecter la maltraitance et d'intervenir si nécessaire. Il en va de même pour les interactions entre les familles et les travailleurs de la santé dans les services d'urgence.

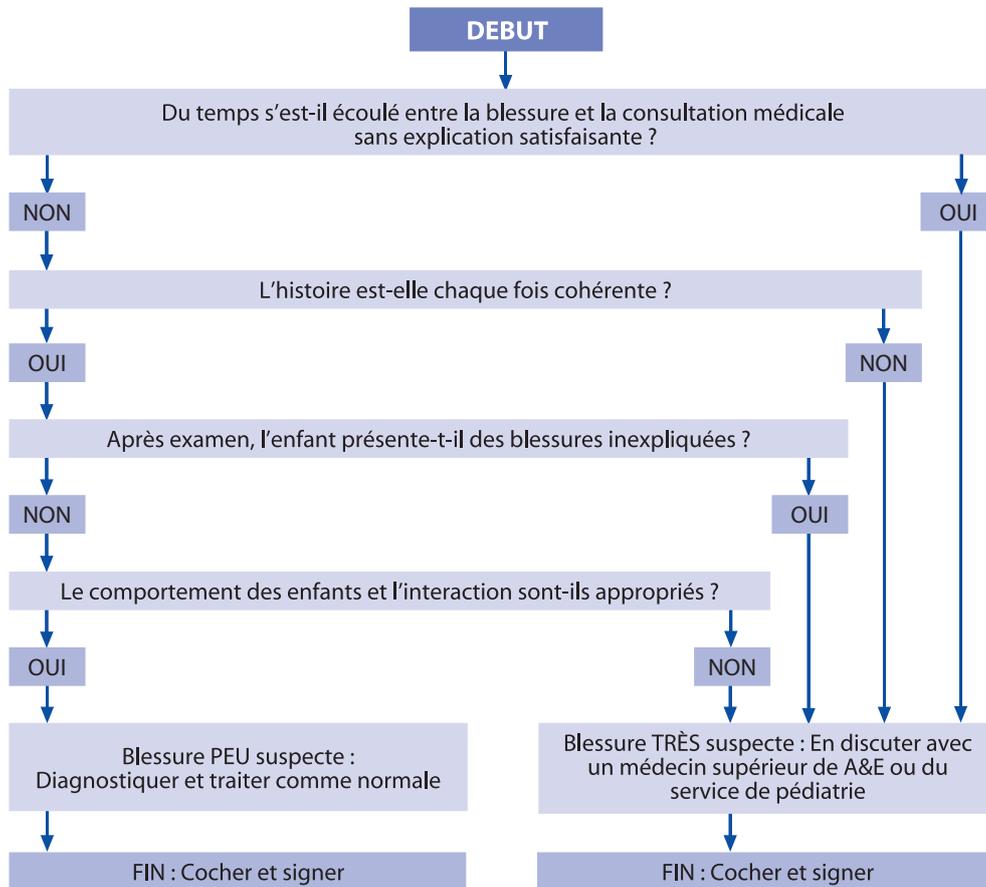
Bien que les conséquences de la maltraitance sur la santé sont diverses et peuvent affecter la vie entière, un travail important est en cours afin de définir la façon dont les travailleurs de la santé peuvent utiliser les signes de blessure, de maladie et de comportement pour déceler de possibles cas de maltraitance d'enfants. Apprendre aux travailleurs de la santé – en particulier les pédiatres, les médecins des services d'urgence et les infirmières – à utiliser les algorithmes, les ordinogrammes ou les listes de contrôle peut améliorer la détection de cas de maltraitance d'enfants. La figure 4.1 donne un exemple du type d'algorithmes pouvant aider en ce sens. Il est important que les travailleurs de la santé prennent conscience de toutes les conséquences potentielles sur la santé de la maltraitance des enfants – et pas seulement les signes avant-coureurs – pour aider de manière appropriée les enfants maltraités.

Les mesures visant à améliorer la détection précoce de la maltraitance – y compris la formation des professionnels – n'ont pas été rigoureusement évaluées et ne doivent pas nécessairement être considérées comme des solutions en soi. Certains types de maltraitance des enfants – comme la violence psychologique et les formes les moins graves de violence physique et sexuelle – peuvent échapper aux professionnels, car ces types de violence ne laissent pas toujours des marques évidentes sur les jeunes victimes.

Il existe également des obstacles institutionnels difficiles à surmonter en matière de détection de la maltraitance des enfants. Les professionnels sont souvent débordés de travail, ce qui rend problématique une formation supplémentaire. Il se peut aussi qu'ils

Figure 4.1 Exemple d'une intervention simple pour améliorer la détection de cas de maltraitance d'enfants dans les services d'urgence

Ordinogramme d'une blessure infantile : Enregistrer les données de tous les enfants de moins de 6 ans fréquentant A&E et présentant une blessure quelconque



Tiré de : Benger JR, Pearce V. Simple intervention to improve detection of child abuse in emergency departments. *British Medical Journal*, 2002, 324:780.

ne soient guère disposés à s'impliquer dans une voie délicate qui est à leurs yeux une affaire privée regardant la famille.

Le plus grand problème est peut-être de faire intervenir les professionnels là où il n'existe pas de service de protection infantile. Cela ne vaut la peine de s'investir dans la détection précoce de la maltraitance des enfants que si la détection est suivie d'une action pour aider et protéger l'enfant.

Intégration des soins de santé et de l'évaluation des patients externes

Lorsque l'on soupçonne des cas de maltraitance, une évaluation de la santé mentale et physique est nécessaire pour le bien des enfants. Lorsque le cas risque d'être porté devant le tribunal, une évaluation de patient externe doit être produite. Dans certains systèmes juridiques, il existe un conflit inhérent entre le fait de pourvoir aux besoins des enfants et la collecte de preuves. C'est souvent le cas dans les systèmes juridiques orientés vers les adultes et qui ne prennent pas en compte le développement mental des enfants ni ses besoins psychiques. Les besoins des enfants doivent cependant prévaloir sur ceux de l'enquête médico-légale – ce qui devrait être évident pour tous les secteurs impliqués. Si l'enfant refuse un examen de santé et que cet examen n'est pas étayé par son état de santé, le signalement ou les symptômes, il est important de ne pas forcer l'enfant à se

soumettre à un examen physique ou à une entrevue verbale, même si l'on risque du même coup de perdre une preuve. Pour éviter de persécuter davantage l'enfant, les examens médicaux et les expertises judiciaires, ainsi que les entrevues judiciaires devraient être coordonnées et menées par des professionnels spécialement formés pour travailler auprès d'enfants victimes. Les services devraient être harmonisés afin de demander le moins souvent possible à un enfant de raconter ce qui s'est passé.

L'évaluation de l'état de santé devrait au moins comprendre :

- l'obtention de l'accord à la fois des enfants et de la personne qui s'en occupe ;
- les antécédents médicaux ou le dossier de santé, fournis à la fois par la personne s'occupant de l'enfant et par l'enfant ;
- un examen physique "de la tête aux pieds", y compris la région génito-anale ;
- la documentation et le traitement des blessures ;
- une évaluation de la santé mentale ;
- le dépistage ou le traitement d'infections transmises sexuellement et du SIDA ;
- la prévention de la grossesse, le cas échéant.

Quand une allégation va être examinée et qu'une évaluation externe est donc nécessaire, l'évaluation de l'état de santé devrait comporter une expertise judiciaire réalisée en même temps que l'examen physique, aux fins de collecte d'échantillons judiciaires pertinents. La preuve médico-légale devrait être réunie et conservée selon les pratiques réglementaires.¹

Des efforts devraient être faits pour réunir les preuves médico-légales nécessaires et obtenir la protection de l'enfant et les résultats attendus de la poursuite criminelle. Les preuves auxquelles les tribunaux accordent le plus grand poids devraient avoir la priorité. La coopération et de bonnes communications entre les agents d'application de la loi, le système judiciaire, les fournisseurs de soins de santé et les experts judiciaires sont importantes lorsque des preuves sont trouvées, analysées, évaluées et interprétées.

En plus de l'examen médico-légal, l'évaluation judiciaire comprend des entrevues avec la personne rapportant les actes de maltraitance, l'enfant ou les enfants que l'on soupçonne avoir été maltraités, l'auteur présumé des sévices et toute autre personne pertinente au cas. Ces entrevues sont nécessaires pour déterminer les faits tels qu'ils sont compris par chacune des parties et établir si l'enfant a vraiment été maltraité. La conduite d'entrevues judiciaires auprès des enfants requiert des compétences spéciales et devrait être réalisée, si possible, par un professionnel qualifié et expérimenté. Dans certains pays, l'entrevue judiciaire est sous la responsabilité du secteur juridique ou social et les travailleurs de la santé ne sont ni formés ni autorisés à s'en charger. L'entrevue judiciaire devrait, si possible, être combinée avec l'évaluation de la santé mentale afin de minimiser le nombre d'entrevues auxquelles l'enfant est soumis.

Il arrive que des enfants souffrant de troubles mentaux graves demandent à parler à des enquêteurs pour fournir les preuves nécessaires à l'accusation de l'auteur des sévices et à la protection des enfants. Les fournisseurs de services juridiques et les fournisseurs de soins de santé doivent être conscients des besoins des enfants maltraités, qui souffrent peut-être de formes de traumatismes psychiques ou d'autres symptômes suite à des actes de maltraitance. Le bien-être des enfants doit primer et l'enfant ne doit pas être soumis à des pressions indues pour rendre compte des sévices soupçonnés. Ce genre d'action, en plus d'être potentiellement nuisible pour l'enfant, pourrait avoir un effet négatif sur la crédibilité de l'information obtenue.

¹ À titre d'exemple de lignes directrices pour la collecte de preuves judiciaires, voir : *Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence*, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2004.

ENCADRÉ 4.1

Réagir face aux révélations des enfants

Quand des actes de maltraitance d'enfants sont dévoilés, que ce soit involontairement ou volontairement, il s'ensuit généralement une crise. Les enfants ne savent pas comment l'information va être reçue ou si on va les croire, les soutenir ou les blâmer. Les jeunes enfants, en particulier, ne comprennent peut-être pas les conséquences du partage de l'information et ils peuvent être choqués ou déconcertés par la réaction des adultes face à leurs révélations.

Si un enfant révèle des actes de maltraitance ou de négligence, il est essentiel que la personne à qui il s'adresse réagisse de façon appropriée afin de le soutenir. Cela évitera de saper l'enquête subséquente, ce qui mettrait davantage l'enfant en danger. Il est courant que les enfants donnent d'abord un fragment d'information pour voir comment les adultes vont réagir, puis en divulguent davantage quand ils se sentent hors de danger.

Voici quelques suggestions pour réagir en présence d'enfants révélant des sévices :

- Traiter l'enfant avec dignité et respect.
- Rester calme et ne pas manifester que l'on est choqué, dégoûté ou moralement indigné, par exemple. L'influence de l'écouter est moindre s'il est dans un état émotif, en particulier si les émotions qu'il manifeste sont différentes de celles auxquelles l'enfant s'attendait.
- Éviter de manifester que l'on désapprouve l'auteur présumé, car cet individu est peut-être aimé des enfants ou lui est cher, même si des actes de maltraitance ou de négligence se sont peut-être produits.
- Écouter attentivement l'enfant qui révèle des sévices et éviter de combler les silences à sa place. Le laisser exprimer ses pensées avec ses propres mots, y compris en argot. Ne pas le corriger ou le mettre au défi – en lui disant, par exemple : « Tu es sûr que c'était ton oncle ? ».
- Laisser l'enfant exprimer et rapporter les émotions qu'elle ou il éprouve, quelles qu'elles soient, au lieu de faire des suppositions peut-être inexactes quant à ce qui devrait être ressenti.
- Ne jamais obliger un enfant à montrer ses blessures ou à dévoiler des sentiments qu'il n'est peut-être pas prêt à partager.
- Éviter les mots qui risquent de perturber ou d'effrayer l'enfant – comme « viol », « inceste » ou « agression ».
- Rassurer l'enfant et le soutenir par des phrases telles que :
 - « C'était très courageux de ta part d'en parler. »
 - « Je suis heureuse – heureux que tu m'en aies parlé. »
 - « Je suis désolé-e de ce qui t'est arrivé. »
 - « Tu n'es pas seul-e, cela arrive à d'autres enfants aussi. »
 - « Je ferai tout ce que je peux pour t'aider. »
- Éviter les commentaires sur l'incident, y compris les commentaires sur l'auteur présumé ou sur l'impact du mauvais traitement, comme :
 - « Comment peux-tu dire des choses pareilles... ? »
 - « Menteuse – menteur ! »
 - « Cet homme horrible a gâché ta vie. »
 - « Comment as-tu pu le laisser te faire des choses pareilles ? »
 - « Pourquoi ne m'en as-tu pas parlé avant ? »
- Ne faire aucune supposition quant à l'identité de l'auteur présumé.
- Répondre aux questions des enfants le plus simplement et le plus honnêtement possible. Si, par exemple, un enfant demande : « Pourquoi est-ce que papa doit aller en prison ? », une réponse possible pourrait être : « Je ne sais pas. Ce sont d'autres personnes qui en décident. »
- Ne faire que des promesses que l'on peut tenir. Ne pas promettre, par exemple, de garder pour soi ce que l'enfant considère un secret. Expliquer que certains secrets doivent être partagés pour obtenir de l'aide ou éviter que des gens souffrent. Dire à l'enfant que l'information ne sera partagée qu'avec des personnes qui s'efforcent d'aider et de protéger.

Il est parfois nécessaire que des enfants maltraités bénéficient d'un traitement en santé mentale pour mieux rendre compte – à des fins juridiques – de leurs expériences, en particulier en cas d'abus sexuels. De leur côté, les agents de santé mentale doivent être conscients du risque d'échec dans des cas de maltraitance soupçonnée, par peur de traumatiser l'enfant et du fait que certaines approches de traitement peuvent interférer avec l'enquête. Les agents de santé mentale doivent donc adopter une attitude neutre, reposant sur des faits, et investigatrice lorsqu'un enfant victime de maltraitance leur fait des révélations – tout en s'adaptant à la situation. Les fournisseurs de services juridiques et les évaluateurs médico-légaux devraient aussi être capables de juger du moment où l'expression des sentiments et des émotions risque d'aller à l'encontre du bien-être de l'enfant ou l'empêcher de faire des déclarations en connaissance de cause juridiquement exactes et valides. En raison de ces intérêts opposés, dans les cas de maltraitance présumée, en particulier lorsqu'il s'agit de violence sexuelle, une rencontre entre les différents secteurs impliqués peut s'avérer nécessaire avant l'intervention.

Soutien psychosocial

Toutes les formes de maltraitance des enfants peuvent avoir des effets néfastes significatifs à vie sur son développement et sa santé mentale. Un soutien psychosocial est donc capital pour le rétablissement des enfants. La présence d'une personne non délinquante et de confiance s'occupant des enfants, qui prend au sérieux sa situation, lui fournira un soutien psychosocial renforcé. En théorie, l'évaluation de la santé mentale, le soutien et le traitement tenant compte de la culture devraient revenir aux praticiens, ainsi que tout traitement médical. Dans bien des communautés, cependant, l'accès formel aux soins de santé mentale n'est pas une réalité. Lorsque cet accès est limité, des efforts devraient être faits pour mettre l'enfant et la famille en rapport avec un soutien communautaire qui peut être informel. Soutien et traitement en santé mentale – formels ou informels – doivent inclure les personnes s'occupant des enfants ou la famille et coordonner étroitement toute procédure judiciaire et tout effort de protection des enfants. Dans les cas graves, la thérapie peut devoir primer sur la procédure judiciaire. Cela concerne les cas graves de mauvaise santé mentale, de comportement suicidaire ou de prédisposition à l'automutilation, de dissociation grave et de syndrome de stress post-traumatique.

Les interventions en santé mentale offrant le plus de preuves empiriques de leur efficacité tendent à employer des techniques comportementales et cognitives et à agir à la fois individuellement auprès des enfants et de la famille. Les traitements empiriquement validés tendent aussi à être guidés par des buts et ils sont fondés sur une approche structurée. Ils mettent l'accent sur la capacité de répétition pour gérer les troubles émotionnels et comportementaux. Il est également important pour les enfants de pouvoir notamment :

- identifier, analyser et réguler leurs émotions ;
- gérer leur anxiété ;
- identifier et modifier les perceptions inexactes ;
- résoudre les problèmes.

Il faut que les parents et les autres personnes s'occupant d'un enfant lui apprennent à gérer son comportement de façon à renforcer ses comportements positifs – plutôt que de punir ses comportements négatifs. Les interventions cognitivo-comportementales spécifiques aux traumatismes semblent être particulièrement efficaces pour réduire l'anxiété, la dépression, les inquiétudes sexuelles et les symptômes de syndrome de stress post-traumatique.

Services de soutien aux familles

Le fait qu'un enfant subisse de mauvais traitements peut être une source de stress et entraîner des dissociations au sein de la famille. L'enfant, ainsi que des frères et sœurs, peuvent avoir peur de ce qui va se passer ou se sentir coupables de ce qui s'est déjà passé à la maison. D'autres membres de la famille peuvent aussi avoir été maltraités ou négligés. Les fournisseurs de services doivent identifier l'importance des interventions particulières lorsqu'ils aident la famille à faire face, lui apporter du réconfort et accompagner le rétablissement des personnes affectées. Il peut s'avérer difficile pour ces fournisseurs d'apporter un soutien à des membres d'une famille soupçonnés d'avoir maltraité un enfant, mais aider la famille aidera l'enfant dans bien des cas. Il est donc nécessaire d'offrir un soutien spécifique aux parents et à la famille dans son ensemble.

Ce soutien peut s'avérer nécessaire dès les premiers soupçons ou la révélation des sévices et jusqu'à la fin du processus de rétablissement. L'appui doit être apporté jusqu'à ce que tous les membres de la famille aient été référés aux services appropriés selon leurs besoins individuels. Les services de soutien devraient être intégrés aux différents secteurs et il devrait y avoir entre les secteurs une communication ainsi qu'une collaboration efficaces, de sorte que chacun d'eux soit pleinement conscient de son rôle et de ses responsabilités principales et pour éviter des conflits entre les rôles.

Le nombre de fournisseurs de services individuels en contact avec la famille devrait se limiter uniquement à ceux qui sont immédiatement impliqués dans les soins et la prise en charge des enfants et de la famille. Cela aidera à garantir la continuité et le suivi des soins, tout en protégeant l'intégrité judiciaire du cas et la confidentialité de la famille.

Le moment exact où les interventions de soutien sont jugées nécessaires dépendra :

- de l'âge et des aptitudes de l'enfant selon son développement ;
- de la santé physique et psychique de l'enfant et du ou des parents ;
- des obstacles qui affectent la famille dans sa capacité à faire face et dans sa façon de traiter les enfants ;
- des ressources sociales et matérielles disponibles pour l'enfant et la famille ;
- de la capacité des systèmes professionnels et informels existants de gérer efficacement la situation.

Les familles auront en général besoin d'aide pour être dirigées vers les services appropriés – y compris les traitements spécialisés pour les personnes responsables des sévices. Un système d'orientation formalisé est souhaitable en l'occurrence. Cela définira le soutien approprié et déterminera le moment où des ressources plus spécialisées s'imposeront, comme les évaluations de traumatismes psychologiques ou les interventions en santé mentale. Les besoins fondamentaux de la vie – comme la nourriture, le logement et le transport – devraient aussi être pris en considération lorsque des recommandations sont faites, en plus des dispositions arrêtées pour accompagner un mauvais traitement spécifique. Dans certaines situations, une famille ou un individu peuvent refuser d'être aidés. Les fournisseurs de services devraient alors s'assurer que la famille sait quels services sont disponibles et comment y accéder. Quelle que soit l'attitude de la famille, ce sont le bien-être et la protection de l'enfance qui priment avant tout.

En plus d'être mis à l'abri d'autres sévices, les enfants maltraités et leur famille ont souvent besoin d'aide pour se rétablir et redevenir des membres productifs de la société. Divers secteurs peuvent intervenir, de façon continue ou intermittente. Il faut alors évaluer les facteurs de prédispositions et les facteurs de protection des enfants et des agresseurs. Les interventions pour le rétablissement de la santé sociale et psychique doivent prendre en compte les structures communautaires existantes et les éléments culturels.

Les services de réadaptation comprennent :

- **les interventions liées à la santé** – soins médicaux continus ; interventions en santé mentale ; thérapie de la traumatologie ; et orientation de groupe ou familiale ;
- **les interventions sociales** – service de relève ; aide aux tâches ménagères quotidiennes, y compris le ménage et la préparation des aliments ; et la supervision des services de protection de l'enfance ;
- **les interventions pédagogiques** – éducation ou formation spécialisée ;
- **les interventions juridiques** – poursuite des auteurs des sévices ; protection de l'enfance ; et les mesures pour demander des dommages-intérêts ;
- **l'aide financière** – fonds de compensation aux victimes pour les aider dans le cadre des interventions ci-dessus.

Mieux les services ci-dessus travaillent ensemble, meilleurs seront les résultats obtenus. Bien qu'une bonne communication entre les secteurs soit, comme toujours, très importante, il faut aussi garder à l'esprit que l'on est tenu à la confidentialité. Par exemple, du point de vue des résultats scolaires des enfants, il pourrait être utile que l'école sache que l'enfant est stressé ; par ailleurs, le partage de ce genre d'information peut nuire au bien-être de l'enfant et à son statut d'élève. Il est possible qu'il faille dissuader les enfants et les familles de partager trop d'information avec autrui.

Un réseau de fournisseurs de services directs peut rassembler tous les services accessibles de santé, juridiques et sociaux spécialisés dans la maltraitance des enfants. Pour être efficace, il devrait organiser des conférences de cas avec d'autres fournisseurs de services. Les familles et les enfants peuvent éventuellement être invités à participer à ces conférences – ce qui peut aussi assurer leur coopération. Le réseau peut utiliser et partager le matériel de référence imprimé et électronique, y compris l'information sur Internet concernant les actes de procédure, les interventions de prévention et les services de soutien.

Suivi

Si le fournisseur des soins de santé primaires pour l'enfant et la famille est au fait des sévices, il devrait être impliqué dans les contacts ultérieurs avec eux – par exemple, si des sévices subséquents ont lieu. Il faut qu'un fournisseur de soins de santé primaires intervienne auprès des enfants et de la famille en cas d'effets traumatiques dus aux sévices.

Au cours des visites de santé futures, le fournisseur de soins de santé primaires devrait considérer le niveau de stress dans la famille, car des niveaux élevés de stress peuvent rendre plus difficiles les soins à un enfant malade. Il se peut que la famille ne veuille pas partager la question délicate des sévices infligés à l'enfant avec son fournisseur de soins de santé primaires. Il faut alors rassurer les membres de la famille et leur dire qu'informer le fournisseur les aide à continuer d'avoir accès à ses soins.

Lorsque c'est une équipe composée de représentants de plusieurs organismes ou secteurs qui fournit les soins, il est essentiel d'avoir un plan bien établi de suivi, avec des rôles clairement définis pour chacun. Les plans de services sont très efficaces si chaque secteur sait de quels domaines il est responsable et le temps qui lui est imparti pour agir. Les plans clairement définis pour chaque individu ayant été victime de sévices ou de négligence, ainsi que pour la famille en tant qu'unité, devraient être documentés, y compris les questions courantes à suivre. Établir des liens entre les fournisseurs de services dans chaque secteur garantit que l'information est partagée rapidement et avec exactitude, dans le respect de la confidentialité. Cela est particulièrement important si des sévices ou des actes de négligence ultérieurs devant être notifiés aux autorités se

produisent. Chaque enfant devrait avoir un gestionnaire de cas qui agisse systématiquement comme personne-contact pour la famille et coordonne les différents services.

Services aux adultes victimes de maltraitance dans leur enfance

Des recherches auprès d'adultes ayant été victimes de sévices dans leur enfance confirment que bien que ces cas soient assez courants, la plupart ne sont ni divulgués ni rapportés. Les travailleurs de la santé s'occupant d'adultes peuvent cependant avoir à faire, sans le savoir, à des victimes de sévices durant l'enfance. Comme le montre l'encadré 1.3, il y a de plus en plus de données selon lesquelles il existe un rapport entre la victimisation pendant l'enfance et les comportements présentant des risques pour la santé, les maladies et la condition physique à l'âge adulte. Il s'ensuit donc qu'aider les adultes victimes de sévices dans leur enfance à en aborder les traumatismes et les effets à long terme joue un rôle important dans leur état de santé et leur bien-être général. Lorsque les ressources sont disponibles, la formation et les procédures d'intervention visant à faciliter l'identification des victimes de maltraitance durant l'enfance devraient être intégrées aux services de santé pour adultes. De cette façon, les adultes concernés pourront être dirigés vers les services de soutien psychosocial appropriés.

Protéger l'enfant

Lorsque l'on soupçonne des sévices ou que des sévices sont révélés, il faut faire le nécessaire pour protéger les enfants à risque. De nombreux pays ont créé des organismes de protection de l'enfance, dotés des pouvoirs nécessaires. Les structures judiciaires et politiques, ainsi que le contenu des services de protection de l'enfance varient d'un pays à l'autre. Chaque approche a ses forces et ses faiblesses. Cependant, aucun pays ne bénéficie de services de protection de l'enfance complètement efficaces. Il faut donc réformer ou mettre sur pied ces services partout, et ce processus a déjà commencé dans plusieurs pays. Quoique l'analyse en profondeur des mérites et désavantages relatifs des différents systèmes dépasse le cadre du présent guide, cette section présente certains des points principaux à prendre en considération dans tous les systèmes de protection de l'enfance.

Certaines approches de protection de l'enfance insistent lourdement sur la confrontation et la punition. Dans les systèmes fondés sur de telles approches, il est obligatoire d'enquêter sur tout cas rapporté à l'aide de procédures médico-légales pour déterminer si les sévices infligés à l'enfant se sont produits ou risquent de se produire. Ces enquêtes sont nombreuses, absorbent une bonne part des ressources et, dans bien des cas, les sévices ne sont pas prouvés. Il faut donc soigneusement réfléchir avant d'adopter une approche mettant trop l'accent sur une enquête de ce genre, car les familles risquent de ne pas bénéficier de services autres que l'enquête elle-même.

Certaines communautés dotées de services de protection de l'enfance et insistant habituellement sur la réalisation de rapports et d'enquêtes ont commencé à réformer leur système pour mettre en place d'autres interventions dirigées vers les enfants et les familles qui sont moins immédiatement préoccupés de sécurité. Selon des études effectuées aux États-Unis sur ces nouvelles interventions, les familles qui en bénéficient reçoivent plus de services que lorsque les seules actions entreprises sont l'enquête et la gestion de cas. Il est urgent de mener des recherches pour identifier les approches efficaces en matière de protection de l'enfance, qui soient orientées vers le soutien, l'assistance et le traitement, et d'étudier le moyen de mettre en place de manière simple ces approches, aussi bien dans des contextes à revenu élevé que dans des contextes à faible revenu.

Quand on répond à un signalement de maltraitance, il faut établir un équilibre entre la protection et la sécurité de source juridique d'une part et le soutien et le traitement apporté par les services auxiliaires de santé et sociaux d'autre part. Une assistance sans protection met en danger le bien-être et le développement des enfants et constitue une violation de la Convention relative aux droits de l'enfant. Une protection juridique sans suivi, sans traitement et avec des soins insuffisants peut gravement nuire à la santé de l'enfant tout au long de son développement. Une étroite collaboration entre les secteurs est donc vitale, de même qu'une approche conjointe en matière d'enquête et de traitement de l'enfant, de la famille et de l'auteur des sévices. Les secteurs de la santé, sociaux et juridiques ont chacun des rôles importants à jouer dans ce processus. Les agents fournissant les services et les familles devraient, dans la mesure du possible, partager les informations relatives au cas. Quoique les réglementations sur la vie privée et la confidentialité puissent rendre la chose difficile, la circulation de l'information entre les organismes peut s'avérer capitale pour une protection efficace de l'enfant. La collaboration peut souvent être améliorée par la création d'un comité local composé de représentants de chaque organisme fournissant ses services aux familles et aux enfants.

Une intervention impliquant plusieurs secteurs vaut tout autant que son élément le plus faible. Il est donc important de développer tous les secteurs dans une même mesure. Une approche plurisectorielle uniformément développée utilisant un niveau de ressources limité mais équilibré peut produire davantage de meilleurs résultats qu'un système inégalement développé avec des normes et des ressources élevées dans un seul secteur et un niveau comparativement bas de ressources dans les autres secteurs.

Signalement de cas de maltraitance d'enfants

En maints endroits, lorsque des fournisseurs de services – infirmières, médecins, travailleurs sociaux et enseignants, notamment – identifient un cas suspect de maltraitance d'enfant, ils doivent signaler leurs soupçons aux autorités chargées de la protection de l'enfance. Les pays ont adopté des approches différentes sur la question du signalement de maltraitance suspectée d'enfant. Certains – dont l'Australie, le Canada, l'Afrique du Sud et les États-Unis – ont opté pour un système avec signalement obligatoire aux autorités chargées de la protection juridique des enfants. D'autres ont opté pour le rapport confidentiel au service de soins de santé, sans répercussions juridiques automatiques. Dans certains pays, les normes d'éthique professionnelle font du signalement la norme acceptée. Beaucoup d'autres n'ont pas de système de signalement ou répondant aux cas de maltraitance d'enfants suspectés ou réels. Quel que soit le système, les fournisseurs de services dans tous les secteurs pertinents doivent savoir clairement quelles sont leurs responsabilités et quels protocoles suivre. Les structures de signalement devraient toujours aller de pair avec des structures également bien développées de protection, de soutien et de traitement des enfants et des familles.

Lors de la conception du processus de signalement, il faudrait s'accorder sur les éléments nécessitant une législation et qui devraient servir de principes directeurs reflétant la meilleure pratique sous la forme d'un code professionnel. La capacité des services de protection de l'enfance et juridiques, ainsi que le contrôle de vraisemblance des signalements de sévices faisant l'objet d'un suivi doivent également être pris en considération. Il faut en particulier poser les questions suivantes :

- Quel est l'objectif du processus de signalement, à la fois sur le plan des conséquences juridiques potentielles et de son impact sur les services sociaux et de soutien de la santé ?

ENCADRÉ 4.2

Approche plurisectorielle d'une fourniture détaillée de services : La Child Protection Unit of the Philippine General Hospital (Unité de la protection de l'enfance de l'hôpital général des Philippines)¹

La *Child Protection Unit of the Philippine General Hospital* (CPU), fondée en 1997, a recours à une approche plurisectorielle des services médicaux et psychosociaux aux enfants maltraités et à leur famille, le but étant de prévenir d'autres sévices et d'entamer le processus de guérison.

La CPU intervient 24 heures sur 24, 7 jours sur 7. Le groupe le plus nombreux de patients est celui qui est référé par les organismes d'application de la loi, suivi par celui des patients ambulatoires référés par d'autres unités de l'hôpital. La grande majorité se compose d'enfants victimes d'agression sexuelle. En 2005, la CPU s'est occupée de 972 nouveaux cas d'enfants maltraités, dont 81 % avaient été agressés sexuellement.

Dès le premier contact et à travers un long suivi, la CPU fournit des soins de qualité par le biais d'une approche plurisectorielle. Les actions des secteurs de la santé et sociaux sont coordonnées par le système de gestion des cas de la CPU. Les étapes de la gestion d'un cas type sont les suivantes :

- Quand un patient arrive, il est demandé à la personne qui s'en occupe de donner son accord, puis le travailleur social et le médecin interrogent cette dernière pendant que l'enfant est confié à une infirmière dans la salle de jeu.
- Un médecin mène une entrevue judiciaire que le travailleur social et un officier de police observent sur un écran. Avec des enfants plus âgés disposés à remplir une plainte, l'officier de police mène l'entrevue et le travailleur social observe sur l'écran.
- Le médecin réalise un examen médical comprenant une évaluation d'ensemble de l'état de santé, la collecte d'échantillons judiciaires, des examens sur le développement et – si nécessaire – prend des dispositions concernant le traitement.
- Le médecin et le travailleur social effectuent une évaluation des risques pour l'enfant et la famille. Il en résulte un plan de sécurité à mettre en application par le travailleur social. Des conseils sont donnés par le travailleur social et le médecin.
- Au cours d'une visite dans les foyers, le travailleur social évalue l'état des enfants et de sa famille et réalise une seconde évaluation des risques, revoyant le plan de sécurité en conséquence.
- L'enfant et les personnes qui s'en occupent sont référés au besoin au service de soins de santé mentale. Un psychologue ou un psychiatre de la CPU font une évaluation de la santé mentale d'où il résultera un plan de traitement. La CPU offre une thérapie spécifique aux enfants maltraités – individuelle, de groupe et ludique – une thérapie aux parents et une thérapie familiale.
- Des conférences de cas impliquant les divers secteurs se tiennent régulièrement, animées par le médecin de la CPU qui a, le premier, vu le patient et le travailleur social qui a effectué la visite dans le foyer. Les psychiatres de la CPU qui suivent l'enfant sont aussi impliqués et d'autres organismes travaillant avec la famille sont invités à participer.
- Il y a pour chaque enfant un gestionnaire de cas de la CPU qui coordonne tous les services que reçoivent l'enfant et la famille, afin de faciliter et contrôler le placement en sûreté, l'assistance juridique et les soins en santé mentale des enfants. Les gestionnaires de cas travaillent avec les enfants et les familles aussi longtemps que nécessaire.

La CPU comporte également des services juridiques et policiers. Ses avocats se chargent des affaires judiciaires et préparent les enfants qui devront témoigner. Des services juridiques additionnels sont fournis par la *Child Justice League*. Les médecins, travailleurs sociaux et psychiatres de la CPU apportent les preuves devant le tribunal quand ils y sont convoqués. Depuis 2004, un officier de la police nationale est détaché à la CPU, ce qui a aidé à la déposition de cas sur place.

La CPU fournit aussi les services sociaux suivants :

- assistance aux enfants maltraités de familles très pauvres, sous la forme d'allocation pour payer les frais de scolarité, le transport entre la maison et l'école et les uniformes scolaires ;
- aide aux moyens de subsistance sous la forme de prêts libres d'intérêt aux familles nécessiteuses qui souhaitent créer de petites entreprises ;
- cours d'éducation parentale pour aider les parents à gérer leurs attentes concernant leurs enfants, à mieux comprendre leur comportement et ajuster en conséquence leurs méthodes de discipline.

¹ Pour plus d'information, consulter le site Web de la Child Protection Unit à <<http://www.cpu-net.org.ph>> (visité le 28 juin 2006) ou écrire à sa directrice, Dr. Bernadette Madrid, à <madridb@cpu-net.org.ph>.

- Comment intégrer les aspects du processus de signalement qui touchent différents secteurs et comment le processus de signalement rejoint-il les interventions du secteur de la santé, du secteur social et du secteur juridique ?
- Qui sont les fournisseurs de services auxquels les lois portant sur le signalement s'appliquent et comment ces fournisseurs devraient-ils être informés de leurs responsabilités ?
- Si le signalement est obligatoire, comment et quand les rapporteurs autorisés informent-ils les clients de leur devoir de signaler les sévices présumés ?
- Quels sont les critères de signalement ? En d'autres termes, quel degré d'inquiétude ou de suspicion doit-il exister pour qu'un signalement soit fait ?
- Peut-il y avoir consultation auprès des autorités de protection de l'enfance pour savoir si un signalement devrait être fait ou pas ?
- Que devrait contenir le signalement – par exemple, la documentation des indicateurs de sévices ou de négligence, la date et l'heure du signalement, à qui le signalement a été fait et toute recommandation ?
- Un fournisseur de services est-il tenu de signaler, même si son superviseur n'est pas d'accord pour qu'un signalement soit fait ? Si des individus ne sont pas libres de signaler leurs soupçons, certains cas de maltraitance d'enfants risquent de ne pas être signalés.
- Comment traiter les signalements de la part des auteurs des sévices eux-mêmes, étant donné que cela équivaut à une confession ?
- Comment traiter les signalements anonymes qui vont limiter la capacité d'examiner à fond la situation ?
- Quelle protection offrir à la personne qui rend compte, ainsi qu'aux autres personnes impliquées dans l'enquête, contre des représailles de la part de membres de la famille ou de l'auteur présumé des sévices ?
- Si un signalement est fait de bonne foi, mais que l'enquête conclut que l'enfant n'a pas été victime de sévices, quel soutien offrir pour protéger le rapporteur de toute répercussion ?
- Quand l'enfant et la famille devraient-ils être informés qu'un signalement a été fait et de quelle manière procéder ?
- Quels mécanismes devraient être mis en place pour que les enfants déposent des plaintes confidentielles ?

On s'accorde de plus en plus à penser que les pays dotés d'une législation sur le signalement obligatoire devraient offrir aux enfants et aux familles un plus large accès aux services confidentiels pour bénéficier d'un soutien à titre facultatif. Le signalement obligatoire entraîne des antagonismes entre les familles et les autorités de protection de l'enfance – et même parfois au point que toute manifestation d'inquiétude est interprétée comme une allégation d'inconduite plutôt que comme une demande d'aide. La crainte de signaler et les conséquences qui s'ensuivent peuvent avoir un effet dissuasif très fort pour les familles qui, dans le cas contraire, pourraient avoir accès à un soutien formel. L'utilité de l'obligation de signaler est particulièrement discutable dans des situations où il n'existe pas de système de législation en place ou de système de protection de l'enfance pour agir sur la base d'un signalement.

Il est aussi largement prouvé que le public et les professionnels répugnent à agir sur la base de la connaissance ou de la suspicion de sévices. Il est donc à craindre que, sans une législation sur le signalement, des enfants ayant besoin de protection ne soient pas identifiés et que des structures ne soient pas mises en place pour prévenir d'autres sévices. Il revient aux communautés de décider si, en fonction de leur situation, elles préfèrent intervenir sur la base du signalement obligatoire et fournir les services adéquats pour les cas signalés – ou si un système de signalement volontaire et une intervention thérapeutique seraient préférables. Cependant, même dans ce dernier cas, si les familles ne peuvent pas recevoir les interventions offertes, le signalement formel aux autorités peut continuer d'être nécessaire, afin d'écarter l'enfant de tout mal. Quelle que soit l'approche choisie, elle devrait s'inscrire dans un contexte de soutien social et d'aide à la santé plutôt que d'être avant tout punitive. Il faudrait en évaluer l'efficacité et toutes les conséquences non voulues possibles.

Évaluation intégrée des familles à risque

Quand une famille soupçonnée de maltraitance est référée aux autorités de protection de l'enfance, il se peut qu'une *évaluation intégrée des risques et besoins* soit requise. Cette évaluation estime l'ensemble des besoins des enfants et de la famille sur le plan de la protection, du soutien social et de la santé physique et psychique et permet de prendre les décisions appropriées qui s'imposent quant aux services et au programme à mettre en œuvre afin d'y remédier.

Une évaluation de la capacité des parents à pourvoir à la sécurité et au bien-être de leurs enfants est nécessaire dans le cas de familles recevant des services ciblés ou spécialisés. Lorsqu'il s'est avéré qu'un enfant a été blessé, d'autres enfants de la famille sont aussi susceptibles de l'être. La sécurité, la santé et le développement de chaque enfant devraient donc être évalués. Une telle évaluation va au-delà des facteurs de prédispositions et des facteurs de protection déjà identifiés, vers une analyse plus en profondeur, et elle devrait comprendre :

- les antécédents individuels du ou des parents ;
- les antécédents individuels du ou des enfants ;
- les antécédents de la famille ;
- les symptômes physiques, sociaux et psychiques du ou des parents ;
- les symptômes physiques, sociaux et psychiques du ou des enfants ;
- l'évaluation du développement du ou des enfants ;
- la dynamique de la famille, notamment la qualité de l'attachement et des interactions entre parent et enfant ;
- les connaissances et attitudes parentales sur le développement et l'éducation des enfants et la perception parentale du comportement des enfants ;
- la perception qu'à la famille de la situation, y compris le fait que les parents croient et soutiennent ou non l'enfant victime ;
- l'environnement physique dans lequel vit l'enfant ou dans lequel on s'occupe de lui ;
- les conditions du développement physique, social et psychique ;
- les changements éventuels de circonstances dans lesquelles les sévices se sont produits – et comment cela affecte la sensibilité des enfants ;
- les forces en présence dans la famille.

ENCADRÉ 4.3

Enquête concertée et coordonnée

Lorsque l'enquête est l'une des composantes principales de l'intervention dans les cas de protection des enfants, une équipe d'enquêteurs spécialement formés et expérimentés dans les cas de maltraitance suspectée d'enfants peut être mise sur pied. Par exemple, les autorités de protection de l'enfance et les agents d'application de la loi peuvent mener des enquêtes conjointes lorsque les cas comportent un élément de protection et un élément de justice criminelle ou lorsque les enfants ont été témoins d'actes criminels de violence. Tous les fournisseurs de services concernés devraient être impliqués dans la définition de l'approche à adopter avant que ne commence l'enquête. Une approche concertée et coordonnée de tous les secteurs augmente les chances d'intervenir à temps et de fournir les services appropriés à l'enfant et à la famille. Les enquêtes conjointes peuvent être plus efficaces, mais elles exigent de la souplesse et de la coopération.

La planification d'enquêtes conjointes devrait s'articuler autour d'un processus officiel réunissant toutes les parties concernées par l'enquête. Au cours des réunions de planification, les participants devraient :

- Examiner les antécédents disponibles des enfants, de la famille et du coupable présumé – y compris, par exemple, les registres des autorités de protection de l'enfance, d'application de la loi et sanitaires.
- Avoir une vue d'ensemble des composantes de l'enquête, y compris les entrevues judiciaires de la personne ayant soupçonné la maltraitance, des enfants, de l'auteur présumé et d'autres témoins pertinents.
- Faire l'évaluation physique et psychique des enfants avec l'ensemble des preuves judiciaires et toutes les preuves judiciaires relevées sur la scène de l'incident et se rapportant à l'auteur présumé.
- Fixer des délais d'intervention, en fonction des exigences légales ou des recommandations cliniques, et respecter les délais d'intervention autorisés ou recommandés, qui peuvent varier en fonction des circonstances.
- Déterminer qui mènera et dans quelles circonstances.
- Décider dans quelle mesure les informations obtenues au cours des enquêtes seront partagées avec les parents – et se demander s'il convient que toutes les informations restent confidentielles.
- Établir les procédures en vue d'enquêtes ultérieures, dans les cas où l'auteur présumé a eu accès à d'autres victimes potentielles.
- Décider de la façon dont les autorités vont s'identifier auprès de l'individu auteur du signalement, de l'organisme concerné par le signalement, des enfants et de la famille, d'autres témoins et de l'auteur présumé.
- Décider de la marche à suivre en cas de changement de procédures suite au type de maltraitance ou en raison de questions de sécurité ou de santé pressantes. Par exemple, il arrive souvent que les agents d'application de la loi qui mènent une entrevue d'enquête soient obligés d'en modifier les modalités ou de la reporter lorsqu'un enfant est gravement blessé ou dans un état de détresse émotionnelle.
- Fixer la date prévue de fin d'enquête. Elle peut varier en fonction des différents systèmes – avec, par exemple, pour déterminer si un enfant a besoin de protection, une période de temps plus courte que dans le cas d'une enquête criminelle qui peut rester ouverte jusqu'à ce que toutes les preuves soient réunies. Les enquêtes impliquant des enfants devraient cependant être menées de façon à minimiser les traumatismes et à permettre aux enfants de se souvenir de détails spécifiques.
- Déterminer les circonstances en fonction desquelles les délais seront étendus – comme dans les cas où des besoins pressants de santé mentale prennent la priorité sur les procédures judiciaires.

Intervenir dans le meilleur intérêt des enfants

Toute évaluation et toute intervention de la part d'un travailleur social au nom d'un enfant, y compris la décision de le retirer de chez lui, doivent avoir comme principe directeur le meilleur intérêt de l'enfant. Pour définir ce qui est dans le meilleur intérêt des enfants, il faut :

- respecter les antécédents ethniques, culturels et linguistiques de la famille ;
- considérer le niveau physique et de développement des enfants et des personnes qui s'occupent de lui ;
- considérer l'état psychique des enfants et des personnes qui s'occupent de lui ;

- œuvrer dans le sens de l'intégrité, de la stabilité et de l'autonomie des familles en traitant avec elles sur la base d'un consentement mutuel ;
- respecter l'importance pour l'enfant de la continuité des soins, de l'éducation, de la stabilité et des liens familiaux affectifs ;
- un plan destiné à réduire les risques de future maltraitance ;
- éliminer les obstacles aux besoins des enfants ;
- considérer les souhaits et les inquiétudes des enfants, notamment en ce qui concerne les dispositions prises pour des services de garde temporaire, des soins physiques et psychiques, son éducation et les questions de religion et de culture – selon le degré de compréhension des enfants. Il faudrait cependant tenir compte des désirs exprimés par l'enfant en fonction de son stade de développement et de son état de santé, ainsi que de la nature de ses liens avec les autres membres de la famille.

Le plan d'action doit être le moins préjudiciable possible à l'enfant et le moins importun possible pour la famille, dans la mesure où la sécurité des enfants est assurée. Beaucoup de questions peuvent se résoudre sans aucune intervention juridique. L'éventail possible des interventions comprend les mesures suivantes, classées de la moins à la plus importune. On peut en combiner plusieurs :

- Aider la famille qui est dépassée, mais qui peut jouer son rôle si un soutien lui est apporté, par exemple sous la forme de gardes d'enfants, de services réguliers de soins de jour ou de placement familial périodique.
- Aider aux tâches ménagères quotidiennes, y compris la gestion des finances du ménage ou en initiant à des techniques professionnelles.
- Offrir des formations sur le rôle parental.
- Fournir des interventions thérapeutiques, comme des présentations sur les dangers de l'alcool et de la drogue, le traitement des maladies mentales ou une orientation matrimoniale.
- Superviser le foyer par le biais de visites périodiques d'un fournisseur de services de protection de l'enfance afin d'évaluer les progrès des enfants et de la famille. Cette supervision peut être à la discrétion des tuteurs légaux des enfants ou ordonnée par l'État.
- Éloigner du foyer l'auteur présumé, en gardant intacte la composition du reste de la famille.
- Retirer l'enfant de chez lui et le placer chez un parent de la famille, une famille d'accueil ou – en dernier recours seulement – dans un établissement. Des conditions peuvent se rattacher à l'ordonnance relative à la surveillance des enfants ou au retrait temporaire du foyer, parmi lesquelles figurent l'assistance des parents à des programmes de sensibilisation aux dangers de l'alcool et de la drogue, à des programmes d'éducation ou de maîtrise de la colère ; ou encore des soins psychiques aux parents et des examens périodiques de santé pour l'enfant.

Conclusions et recommandations

La maltraitance des enfants n'est pas un problème simple avec des solutions faciles. Les améliorations importantes en matière de prévention, de protection de l'enfance et de traitement ne sont cependant pas hors de portée. Il existe suffisamment de connaissances et d'expérience sur le sujet dans n'importe quel pays pour commencer à traiter le problème. L'un des obstacles majeurs à des solutions efficaces à la maltraitance des enfants a été le manque de données. Le présent guide a examiné le moyen d'élaborer des stratégies et des programmes à partir de faits et la façon d'accumuler des données de sorte que, à l'avenir, il devienne plus aisé d'apporter à la maltraitance des enfants des réponses fondées sur des éléments concrets.

Partout où des chercheurs se sont penchés sur la maltraitance des enfants perpétrée par des adultes dans le cadre de la famille, le phénomène – influencé par des facteurs opérant à plusieurs niveaux – s'est avéré répandu à un point alarmant. C'est en adoptant l'approche systématique décrite dans l'introduction que l'on traitera le plus avantageusement ce problème vaste et complexe. Le présent guide s'est intéressé à trois composantes principales de cette approche :

- **l'information** en vue d'une action efficace ;
- **la prévention** de la maltraitance des enfants ;
- **les services de soins** aux victimes et aux familles, y compris la protection de l'enfance.

Pour mieux comprendre la maltraitance des enfants et mieux y faire face, il serait souhaitable que les systèmes d'information soient rattachés à la surveillance des cas signalés – générant ainsi une base de données. Les systèmes de surveillance devraient s'accompagner :

- *d'études représentatives*, pour réunir des données sur :
 - la prévalence de la maltraitance des enfants ;
 - le lien entre la violence et le comportement à haut risque ;
 - le lien entre la violence passée, le comportement à haut risque et l'état de santé actuel ;
- *de mécanismes d'enquête* sur toutes les morts suspectes d'enfants suite à des blessures.

Les études représentatives devraient être conçues et mise en place par le biais d'instruments de sondage infaillibles et satisfaisant aux critères épidémiologiques d'objectivité, de validité, de fiabilité et de taille de l'échantillon. Les informations résultant de ces mesures permettraient d'estimer ensuite la maltraitance des enfants au sein de la population, les tendances concernant le signalement des sévices et l'utilisation des services. Cela fournira aussi une base pour l'évaluation des résultats.

Une stratégie globale de **prévention** de la maltraitance des enfants se compose d'interventions à tous les niveaux du modèle écologique. Ces derniers portent sur toute une gamme de facteurs de risque – allant des normes culturelles propices à la maltraitance des enfants aux grossesses non désirées. Le soutien aux familles grâce à des visites dans les foyers et des programmes d'éducation à l'intention des parents sont les stratégies de prévention qui ont fait preuve de la plus grande efficacité. Elles fournissent donc un bon point de départ pour prévenir la maltraitance des enfants. Les programmes de prévention devraient faire leur priorité du travail en sous-groupes avec la population à plus haut risque en matière de maltraitance. Cela garantira que les faibles ressources sont suffisamment concentrées pour soutenir des activités de prévention aux niveaux requis et de la durée nécessaire pour obtenir l'effet de prévention voulu, comme le montrent les résultats des études scientifiques d'interventions similaires.

Il faudrait réunir davantage de faits que ceux existant actuellement pour que les **services** de soins et de soutien aux enfants maltraités et à leur famille montrent mieux leur efficacité. Des professionnels bien formés travaillant de façon régulière auprès d'enfants peuvent jouer un rôle déterminant dans la détection de cette maltraitance. Les protocoles de fourniture de services favoriseront les soins normalisés et amélioreront leur qualité. Des normes devraient être établies pour :

- *les soins de santé aux enfants maltraités*, comprenant :
 - la documentation des blessures ;
 - l'évaluation judiciaire ;
 - le soutien psychologique ;
- *les services de protection de l'enfance*, comprenant :
 - la gestion coordonnée des cas ;
 - les actions en justice ayant des enfants pour témoins ;
 - les interventions de service social auprès des familles ;
 - les solutions de placements pour les enfants.

Plusieurs principes de mise en application ressortent du présent guide, dont les suivants :

- **Fonder les politiques, plans, programmes et services sur des données scientifiques** – émanant à la fois d'études localisées et d'études globales – sur la magnitude, les conséquences, les causes et la prévisibilité de la maltraitance des enfants, ainsi que sur l'efficacité des diverses interventions. Si les données font défaut ou ne sont pas claires, il faut effectuer un travail innovateur partant de la théorie.
- **Concevoir et mettre en place les interventions de manière à pouvoir en évaluer l'efficacité** et contrôler les progrès réalisés en matière de prévention de la maltraitance des enfants.
- **Intégrer si possible les programmes de surveillance et de prévention, ainsi que les services de soins aux enfants et aux familles, dans les services et systèmes existants.**
- **Faire en sorte que les interventions et l'information définissent la maltraitance des enfants selon les normes internationales, y compris les définitions relatives au comportement utilisées dans le matériel d'enquête qui a fait ses preuves.** Pour la classification opérationnelle des cas de maltraitance dans les installations de services de soins, il faut utiliser les codes de la Classification internationale des Maladies.

L'information fondée sur des faits et sur l'accumulation de données recueillie par les services de soins en vue de la prévention est nécessaire à une intervention efficace face à la maltraitance des enfants, mais elle n'est pas suffisante en soi. Pour mettre en place une intervention systématique, efficace et durable à long terme, les principales composantes doivent opérer à l'unisson en tant que parties d'un seul et unique système. Les différents secteurs, groupes et individus impliqués doivent œuvrer de concert pour minimiser la duplication du travail et en maximiser l'efficacité. Les principes suivants peuvent contribuer à assurer une intervention systématique conçue et mise en œuvre de manière efficace.

- Une intervention systématique fonctionnera mieux si elle est à la fois plurisectorielle et coordonnée par le biais d'un mécanisme formel, comme, par exemple, un plan d'action national ou une politique nationale.
- Il faudrait définir clairement les rôles des différents secteurs engagés dans la prévention de la maltraitance des enfants selon la capacité de ces secteurs à :
 - rassembler des données et effectuer des recherches ;
 - produire des résultats relativement à une ou plusieurs causes et facteurs de risque sous-jacents à la maltraitance des enfants ;
 - fournir des services de soins aux enfants et aux familles.
- Un comité national de coordination, composé de représentants de tous les secteurs concernés, peut faciliter la mise en œuvre d'une intervention systématique. Un organisme responsable, toutefois, est aussi souhaitable à cette fin. Il faudrait que ce soit un organisme capable de coordonner une opération complexe, menée simultanément à plusieurs niveaux.
- Une intervention systématique doit clairement faire ressortir les secteurs et organismes responsables de la mise en application et du contrôle des systèmes d'information sur la maltraitance des enfants, des stratégies de prévention et des services de soins. Il ne suffit pas d'identifier simplement les tâches des divers organismes.
- Il serait souhaitable que la responsabilité de la mise en place, de la conduite et du contrôle des programmes de prévention de la maltraitance des enfants soit clairement assignée à des services administratifs centraux et locaux doués des compétences appropriées en matière de travail de prévention.
- Les plans, politiques, programmes et services conçus doivent tenir compte des différentes formes de maltraitance que peuvent subir les enfants selon que ce sont des filles ou des garçons. Il faudrait accorder une attention particulière aux besoins des enfants particulièrement sensibles et marginalisés, des enfants porteurs du SIDA issus de minorités ethniques.
- Des ressources adéquates, allouées comme il se doit, sont nécessaires pour la recherche sur la maltraitance des enfants, les programmes de prévention et les soins. Les bénéfices individuels et sociaux tirés de la protection de l'enfance contre la maltraitance et la négligence justifient bien l'investissement nécessaire.

On tirera largement profit de l'adoption de ces principes en vue d'une approche coordonnée et systématique de la prévention de la maltraitance des enfants. Le taux de maltraitance des enfants diminuera et les soins aux enfants et aux familles qui souffrent de maltraitance en seront améliorés. Au fur et à mesure qu'un plus grand nombre d'organisations répondront à la maltraitance des enfants en adoptant les méthodes et principes du présent guide, la base de données factuelle s'élargira. Des données rigou-

reusement scientifiques seront accessibles et il sera possible d'élaborer des politiques et des programmes et d'allouer des ressources.

Une approche de la maltraitance des enfants s'appuyant sur une base factuelle est essentielle pour l'efficacité à long terme de la prévention de cette maltraitance. Toutefois, à l'heure actuelle, cette base factuelle n'est ni suffisamment importante ni suffisamment étendue géographiquement pour que les décideurs puissent y fonder leur jugement. Il est donc vital de répondre à la maltraitance des enfants de manière à *produire* des données factuelles pour qu'une approche s'appuyant sur cette base factuelle soit utilisée à l'avenir.

Questionnaires d'étude sur les expériences négatives durant l'enfance¹

Antécédents familiaux en matière de santé – Femmes

Ces questionnaires sont la reproduction mot pour mot des versions appliquées en Californie, États-Unis et certains points (par ex., les questions de démographie 1b, 3a, 3b, d'éducation 4, 11a, 11b) devront toujours être modifiés pour refléter les circonstances locales.

- | | |
|--|---|
| <p>1. Quelle est votre date de naissance ?
Mois Année</p> | <p>6a. Combien de fois avez-vous été mariée ?
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 ou plus
<input type="checkbox"/> Jamais mariée</p> |
| <p>1b. Dans quel État êtes-vous née ?
État
<input type="checkbox"/> Née hors des États-Unis</p> | <p>6b. Quel mois et quelle année vous êtes-vous mariée pour la première fois ?
Mois Année
<input type="checkbox"/> Jamais mariée</p> |
| <p>2. Quel est votre sexe ?
<input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin</p> | <p>7a. Laquelle des propositions suivantes décrit le mieux votre situation d'emploi actuelle ?
<input type="checkbox"/> Temps plein (35 heures ou plus)
<input type="checkbox"/> Temps partiel (1–34 heures)
<input type="checkbox"/> Pas d'emploi hors du foyer</p> |
| <p>3a. De quelle race êtes-vous ?
<input type="checkbox"/> Asiatique <input type="checkbox"/> Amérindienne
<input type="checkbox"/> Noire <input type="checkbox"/> Blanche
<input type="checkbox"/> Autre</p> | <p>7b. Si vous êtes actuellement employée hors de votre foyer, combien de jours de travail avez-vous manqués au cours des 30 derniers jours pour cause de stress ou parce que vous vous sentiez déprimée ?
Nombre de jours :</p> |
| <p>3b. Êtes-vous Mexicaine, Latino-Américaine ou d'origine hispanique ?
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> | <p>7c. Si vous êtes actuellement employée hors de votre foyer, combien de jours de travail avez-vous manqués au cours des 30 derniers jours pour raison de santé ?
Nombre de jours :</p> |
| <p>4. Veuillez cocher votre niveau d'études.
(Cochez une réponse.)
<input type="checkbox"/> N'a pas fréquenté l'école
<input type="checkbox"/> Un peu d'école secondaire
<input type="checkbox"/> Diplôme d'enseignement secondaire ou de connaissances générales
<input type="checkbox"/> Un peu de collège ou d'école technique
<input type="checkbox"/> Diplôme d'études supérieures (4 ans)</p> | <p>8. Durant la majeure partie de votre enfance, votre famille était-elle propriétaire de sa résidence ?
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> |
| <p>5. Quelle est votre situation de famille ? Êtes-vous actuellement...
<input type="checkbox"/> Mariée
<input type="checkbox"/> Pas mariée, mais vivant avec une/un partenaire
<input type="checkbox"/> Veuve
<input type="checkbox"/> Séparée
<input type="checkbox"/> Divorcée
<input type="checkbox"/> Jamais mariée</p> | |

¹ On peut télécharger les questionnaires à partir du site *United States Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) : <http://www.cdc.gov/nccdphp/ace/> (visité le 7 juin 2006). Ils ne sont pas protégés par un droit d'auteur et leur utilisation est gratuite; toutefois, le CDC et la *Kaiser Permanente* (organisation de soins de santé sans but lucratif des États-Unis) demandent les copies de tout article sur les recherches menées à l'aide des questionnaires.

9a. Au cours de votre enfance, combien de fois avez-vous déménagé, y compris dans la même ville ?

Nombre de fois :

10. Quel âge avait votre mère à votre naissance ?

Âge :

11a. Quel niveau d'instruction a/avait votre mère ? (Cochez une réponse)

- N'a pas fréquenté l'école secondaire
- Un peu d'école secondaire
- Diplôme d'enseignement secondaire ou de connaissances générales
- Un peu de collège ou d'école technique
- Diplôme d'études supérieures ou plus

11b. Quel niveau d'instruction a/avait votre père ? (Cochez une réponse)

- N'a pas fréquenté l'école secondaire
- Un peu d'école secondaire
- Diplôme d'enseignement secondaire ou de connaissances générales
- Un peu de collège ou d'école technique
- Diplôme d'études supérieures ou plus

12. Avez-vous déjà été enceinte ?

- Oui
- Non

Si la réponse est NON, passez à la question 16.

13a. Êtes-vous actuellement enceinte ?

- Oui
- Non
- Ne sais pas

13b. Combien de fois avez-vous été enceinte ?

Nombre de fois :

13c. Combien de ces grossesses ont donné lieu à la naissance d'une ou d'un enfant ?

Nombre de fois :

13d. Quel âge aviez-vous lorsque vous avez été enceinte pour la première fois ?

Âge :

13e. Quel âge avait la personne qui vous a mis enceinte la première fois ?

Age :

13f. Quel mois et quelle année votre première grossesse a-t-elle pris fin ?

Mois Année

13g. Comment votre première grossesse s'est-elle terminée ?

- Naissance d'enfant(s) vivant(s)
- Mortinaissance/fausse couche
- Grossesse tubaire ou extra-utérine
- Interruption volontaire de grossesse
- Autre

13h. Lors de votre première grossesse, vouliez-vous être enceinte à ce moment de votre vie ?

- Oui
- Non
- Cela m'était égal

14. Avez-vous été enceinte une deuxième fois ?

- Oui
- Non

Si la réponse est NON, passez à la question 16.

15a. Quel mois et quelle année votre deuxième grossesse a-t-elle pris fin ?

Mois Année

15b. Comment votre deuxième grossesse s'est-elle terminée ?

- Naissance d'enfant(s) vivant(s)
- Mortinaissance/fausse couche
- Grossesse tubaire ou extra-utérine
- Interruption volontaire de grossesse
- Autre

15c. Lors de votre deuxième grossesse, vouliez-vous être enceinte à ce moment de votre vie ?

- Oui
- Non
- Cela m'était égal

Pour avoir un tableau plus complet de l'état de santé de nos patientes, les trois questions suivantes portent sur les expériences sexuelles voulues uniquement.

16. Quel âge aviez-vous lors de vos premiers rapports sexuels ?

Age :

- N'ai jamais eu de rapports sexuels

17. Avec combien de partenaires différents/différentes avez-vous eu des rapports sexuels ?

Nombre de partenaires :

18. Au cours de l'année passée, avec combien de partenaires différents/différents avez-vous eu des rapports sexuels ?

Nombre de partenaires :

19a. Avez-vous fumé 100 cigarettes au moins au cours de votre vie entière ?

- Oui
- Non

19b. Quel âge aviez-vous lorsque vous avez commencé à fumer régulièrement ?
Âge :

20c. Fumez-vous la cigarette actuellement ?
 Oui Non

20d. Si "oui": combien de cigarettes fumez-vous en moyenne par jour ?
Nombre de cigarettes :

Si vous fumiez la cigarette, mais ne fumez plus maintenant :

21a. Combien de cigarettes par jour fumiez-vous ?
Nombre de cigarettes :

21b. Quel âge aviez-vous lorsque vous avez cessé de fumer ?
Âge :

Durant les 18 premières années de votre vie :

22a. Votre père fumait-il ?
 Oui Non

22b. Votre mère fumait-elle ?
 Oui Non

23a. Au cours du mois dernier, combien de jours par semaine avez-vous fait de l'exercice pour vous détendre ou pour rester en forme ?
 0 1 2 3
 4 5 6 7

23b. Au cours du mois dernier, lorsque vous faisiez de l'exercice pour vous détendre ou pour rester en forme, combien de temps y consacriez-vous en général (en minutes) ?
 0 1-19 20-29 30-39
 40-49 50-59 60 ou plus

24a. Quel a été votre poids maximum ?
Poids en kilos :

24b. Quel âge aviez-vous alors ?
Âge :

25a. Quel âge aviez-vous lorsque vous avez bu votre premier verre d'alcool et pas seulement quelques gorgées ?
Âge :
 Jamais bu d'alcool

Pendant les tranches d'âge suivantes, combien de verres d'alcool avez-vous consommés habituellement par semaine ?

25b1. Tranche 19-29
 Aucun 7-13/semaine
 Moins de 6/semaine 14 ou plus/semaine

25b2. Tranche 30-39
 Aucun 7-13/semaine
 Moins de 6/semaine 14 ou plus/semaine

25b3. Tranche 40-49
 Aucun 7-13/semaine
 Moins de 6/semaine 14 ou plus/semaine

25b4. Tranche 50 et plus
 Aucun 7-13/semaine
 Moins de 6/semaine 14 ou plus/semaine

25c. Au cours du mois dernier, avez-vous consommé de la bière, du vin, des cocktails ou des alcools ?
 Oui Non

25d. Au cours du dernier mois, combien de jours par semaine avez-vous en moyenne consommé des boissons alcoolisées ?
 0 1 2 3
 4 5 6 7

25e. Les jours où vous buviez, combien de verres par jour preniez-vous en moyenne ?
 1 2 3 4 ou plus
 N'ai pas bu le mois dernier

25f. Toutes boissons alcoolisées confondues, combien de fois au cours du dernier mois avez-vous bu 5 verres ou plus en une seule occasion ?
Nombre de fois :

25g. Au cours du mois dernier, combien de fois avez-vous conduit alors que vous aviez peut-être un peu trop bu ?
Nombre de fois :

25h. Au cours des 30 derniers jours, avez-vous roulé dans une voiture ou un autre véhicule conduit par quelqu'un qui avait bu de l'alcool ?
Nombre de fois :

26. Vos habitudes de consommation d'alcool vous ont-elles jamais occasionné des problèmes ?
 Oui Non

27. **Vous êtes-vous jamais considérée comme une alcoolique ?**
 Oui Non
- 28a. **Au cours des 18 premières années de votre vie, avez-vous vécu avec quelqu'un qui était alcoolique ou quasi alcoolique ?**
 Oui Non
- 28b. **Si "oui": cochez toutes les personnes concernées :**
 Père Autre membre de la famille
 Mère Autre personne non apparentée
 Frères Sœurs
29. **Avez-vous été mariée à quelqu'un (ou vécu avec quelqu'un comme si vous étiez mariée) qui était alcoolique ou quasi alcoolique ?**
 Oui Non
- 30a. **Avez-vous déjà consommé des drogues illicites ?**
 Oui Non
- 30b. **Si "oui": Quel âge aviez-vous lorsque vous en avez consommé pour la première fois ?**
 Âge :
- 30c. **Combien de fois environ avez-vous consommé des drogues illicites ?**
 0 1-2 3-10 11-25
 26-99 100+
- 30d. **Avez-vous déjà eu des problèmes à cause (de votre consommation) de drogues illicites ?**
 Oui Non
- 30e. **Vous êtes-vous déjà considérée comme une toxicomane ?**
 Oui Non
- 30f. **Vous êtes-vous déjà injecté des drogues illicites ?**
 Oui Non
31. **Vous êtes-vous déjà faite soigner par un psychologue, un psychiatre ou un thérapeute ?**
 Oui Non
- 32a. **Un médecin, un infirmier ou un autre professionnel de la santé vous a-t-il déjà interrogée sur les problèmes dans votre famille ou à la maison durant votre enfance ?**
 Oui Non

- 32b. **Si besoin était, combien de parents ou d'amis proches vous aideraient-ils si vous aviez des problèmes émotionnels ?**
 Aucun 1 2 3 ou plus

Au cours des 18 premières années de votre vie :

33. **Avez-vous vécu avec quelqu'un qui consommait des drogues illicites ?**
 Oui Non
- 34a. **Vos parents étaient-ils séparés ou divorcés ?**
 Oui Non
- 34b. **Avez-vous déjà vécu avec un beau-père ?**
 Oui Non
- 34c. **Avez-vous déjà vécu avec une belle-mère ?**
 Oui Non
35. **Avez-vous déjà vécu dans une famille d'accueil ?**
 Oui Non
- 36a. **Vous êtes-vous déjà enfui de chez vous pendant plus d'une journée ?**
 Oui Non
- 36b. **Y en a-t-il parmi vos frères et sœurs qui se soient enfuis pendant plus d'une journée ?**
 Oui Non
37. **Y avait-il chez vous une personne malade mentalement ?**
 Oui Non
38. **Quelqu'un chez vous a-t-il tenté de se suicider ?**
 Oui Non
- 39a. **Quelqu'un chez vous est-il déjà allé en prison ?**
 Oui Non
- 39b. **Quelqu'un chez vous a-t-il déjà commis un crime grave ?**
 Oui Non
- 40a. **Avez-vous déjà tenté de vous suicider ?**
 Oui Non
- 40b. **Si "oui": Quel âge aviez-vous la première fois que vous avez tenté de vous suicider ?**
 Âge :
- 40c. **Si "oui": Quel âge aviez-vous la dernière fois que vous avez tenté de vous suicider ?**
 Âge :

40d. Combien de fois avez-vous tenté de vous suicider ?
Nombre de fois :

40e. Vous êtes-vous déjà blessée, empoisonnée ou avez-vous jamais pris une surdose suite à une tentative de suicide et avez-vous dû être soignée par un médecin ou un infirmier ?
 Oui Non

Parfois, les parents en viennent aux coups. Durant votre croissance, au cours des 18 premières années de votre vie, combien de fois votre père (ou votre beau-père) ou l'ami de votre mère a-t-il fait les choses suivantes à votre mère (ou à votre belle-mère) ?

41a. Pousser, empoigner, gifler ou lancer quelque chose contre elle ?
 Jamais Souvent
 Une fois, deux fois Très souvent
 Parfois

41b. Donner des coups de pied, mordre, frapper du poing ou avec quelque chose de dur ?
 Jamais Souvent
 Une fois, deux fois Très souvent
 Parfois

41c. Frapper à plusieurs reprises pendant au moins plusieurs minutes ?
 Jamais Souvent
 Une fois, deux fois Très souvent
 Parfois

41d. Menacer avec un couteau ou une arme à feu, ou se servir d'un couteau ou d'une arme à feu pour lui faire mal ?
 Jamais Souvent
 Une fois, deux fois Très souvent
 Parfois

Il y a des parents qui donnent des fessées à leurs enfants pour les punir. Durant votre croissance, au cours des 18 premières années de votre vie :

42a. Combien de fois avez-vous reçu une fessée ?
 Jamais
 Une fois, deux fois
 Très souvent dans l'année
 Quelques fois dans l'année
 Toutes les semaines ou plus

42b. Les fessées étaient-elles ?
 Pas très fortes Plutôt fortes
 Un peu fortes Très fortes
 Moyennement fortes

42c. Quel âge aviez-vous la dernière fois que vous vous rappelez avoir été fessée ?
Âge :

Durant votre croissance, au cours des 18 premières années de votre vie, à quel point les affirmations suivantes étaient-elles vraies ?

43. Vous n'aviez pas assez à manger.
 Jamais vrai Souvent vrai
 Rarement vrai Très souvent vrai
 Parfois vrai

44. Vous saviez qu'il y avait quelqu'un pour prendre soin de vous et vous protéger.
 Jamais vrai Souvent vrai
 Rarement vrai Très souvent vrai
 Parfois vrai

45. Des personnes de votre famille vous disaient, par exemple, que vous étiez laide ou paresseuse.
 Jamais vrai Souvent vrai
 Rarement vrai Très souvent vrai
 Parfois vrai

46. Vos parents étaient trop ivres ou drogués pour prendre soin de la famille.
 Jamais vrai Souvent vrai
 Rarement vrai Très souvent vrai
 Parfois vrai

47. Il y avait quelqu'un dans la famille grâce à qui vous sentiez que vous aviez de l'importance.
 Jamais vrai Souvent vrai
 Rarement vrai Très souvent vrai
 Parfois vrai

48. Vous deviez porter des vêtements sales.
 Jamais vrai Souvent vrai
 Rarement vrai Très souvent vrai
 Parfois vrai

49. Vous vous sentiez aimée.
 Jamais vrai Souvent vrai
 Rarement vrai Très souvent vrai
 Parfois vrai

50. Vous pensiez que vos parents auraient souhaité que vous ne soyez jamais venue au monde.
 Jamais vrai Souvent vrai
 Rarement vrai Très souvent vrai
 Parfois vrai

51. Les membres de votre famille se protégeaient les uns les autres

- Jamais vrai Souvent vrai
 Rarement vrai Très souvent vrai
 Parfois vrai

52. Vous sentiez que quelqu'un dans la famille vous haïssait.

- Jamais vrai Souvent vrai
 Rarement vrai Très souvent vrai
 Parfois vrai

53. Des personnes de votre famille vous disaient des choses blessantes ou vous insultaient.

- Jamais vrai Souvent vrai
 Rarement vrai Très souvent vrai
 Parfois vrai

54. Les membres de votre famille étaient proches les uns des autres.

- Jamais vrai Souvent vrai
 Rarement vrai Très souvent vrai
 Parfois vrai

55. Vous pensiez que vous étiez émotionnellement maltraitée.

- Jamais vrai Souvent vrai
 Rarement vrai Très souvent vrai
 Parfois vrai

56. Il y avait quelqu'un pour vous emmener chez le médecin quand vous en aviez besoin.

- Jamais vrai Souvent vrai
 Rarement vrai Très souvent vrai
 Parfois vrai

57. Votre famille vous apportait sa force et son soutien.

- Jamais vrai Souvent vrai
 Rarement vrai Très souvent vrai
 Parfois vrai

Les parents ou d'autres adultes font parfois du mal aux enfants. Durant votre croissance, c'est-à-dire au cours des 18 premières années de votre vie, combien de fois est-il arrivé que votre père, votre mère, votre beau-père, votre belle-mère ou un adulte vivant chez vous :

58a. Jure en s'adressant à vous, vous insulte ou vous humilie ?

- Faux Souvent
 Une fois, deux fois Très souvent
 Parfois

58b. Menace de vous frapper ou de lancer quelque chose contre vous, mais sans le faire ?

- Faux Souvent
 Une fois, deux fois Très souvent
 Parfois

58c. Vous pousse, vous empoigne, vous bouscule, vous gifle ou lance effectivement quelque chose contre vous ?

- Faux Souvent
 Une fois, deux fois Très souvent
 Parfois

58d. Vous frappe si fort que vous en aviez des marques ou que vous étiez blessée ?

- Faux Souvent
 Une fois, deux fois Très souvent
 Parfois

58e. Agisse de telle sorte que vous ayez eu peur d'être blessée physiquement ?

- Faux Souvent
 Une fois, deux fois Très souvent
 Parfois

Il y a des personnes qui, durant leur croissance, au cours des 18 premières années de leur existence, ont des rapports sexuels avec un adulte ou quelqu'un ayant au moins cinq de plus qu'elles. Il peut s'agir de membres de la famille, d'amis de la famille ou d'individus étrangers à la famille. Au cours des 18 premières années de votre vie, un adulte, un membre plus âgé de la famille, un ami de la famille ou un étranger à la famille :

	La première fois que cela est arrivé, quel âge aviez-vous ?	La première fois, cela s'est-il passé contre votre volonté ?	La dernière fois que cela est arrivé, quel âge aviez-vous ?	Combien de fois environ cela vous est-il arrivé ?	Combien de personnes différentes vous ont-elles fait cela ?	De quel sexe était la (les) personne(s) qui vous a fait cela ?
59a. A-t-il touché ou caressé votre corps d'une manière sexuelle ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si "oui" ►	..... âge	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	..... âge	..... fois	..... personne(s)	<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Les deux
60a. Avez-vous touché leur corps d'une manière sexuelle ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si "oui" ►	..... âge	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	..... âge	..... fois	..... personne(s)	<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Les deux
61a. A-t-il essayé d'avoir des rapports sexuels (oraux, anaux ou vaginaux) avec vous ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si "oui" ►	..... âge	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	..... âge	..... fois	..... personne(s)	<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Les deux
62a. A effectivement eu des rapports sexuels (oraux, anaux ou vaginaux) avec vous ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si "oui" ►	..... âge	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	..... âge	..... fois	..... personne(s)	<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Les deux

Si vous avez répondu "Non" à chacune des 4 dernières questions (59a–62a) sur les expériences sexuelles avec des personnes plus âgées, veuillez passer à la question 67a.

L'une ou l'autre de ces expériences sexuelles avec un adulte ou une personne de 5 ans plus âgée que vous a-t-elle impliqué :

63a. Un membre de la famille habitant chez vous ?
 Oui Non

63b. Une personne non apparentée habitant chez vous ?
 Oui Non

63c. Un membre de la famille qui ne vivait pas chez vous ?
 Oui Non

63d. Un ami de la famille ou une personne de votre connaissance qui ne vivait pas chez vous ?
 Oui Non

63e. Un étranger à la famille ?
 Oui Non

63f. Quelqu'un qui était censé s'occuper de vous ?
 Oui Non

63g. Quelqu'un en qui vous aviez confiance ?
 Oui Non

Dans le cadre de l'une ou l'autre de ces expériences sexuelles :

64a. A-t-on eu recours à des paroles trompeuses, de la persuasion verbale ou des pressions pour vous obliger à participer ?
 Oui Non

64b. Vous a-t-on fait prendre de l'alcool ou des drogues ?
 Oui Non

64c. Vous a-t-on menacé de vous blesser si vous ne participiez pas ?
 Oui Non

64d. Vous a-t-on forcée ou maîtrisée physiquement pour que vous participiez ?
 Oui Non

65a. Avez-vous déjà parlé avec un médecin, un infirmier ou un autre professionnel de la santé de ces expériences sexuelles ?
 Oui Non

65b. Un thérapeute ou un conseiller a-t-il déjà mentionné la possibilité que vous ayez été victime de violence sexuelle dans votre enfance ?

Oui Non

66. Pensez-vous que vous avez été victime de violence sexuelle lorsque vous étiez enfant ?

Oui Non

Mises à part les autres expériences sexuelles dont vous nous avez déjà parlé, au cours des 18 premières années de votre vie, durant votre croissance :

67a. Avez-vous déjà été obligée ou menacée de blessures par un garçon ou un groupe de garçons de votre âge voulant avoir un contact sexuel avec vous ?

Oui Non

67b. Si "oui" : Vous a-t-on touché le sexe ou a-t-on essayé d'avoir des rapports sexuels avec vous (oraux, anaux ou vaginaux) ?

Oui Non

67c. Si « oui » : combien de fois ?

Une fois 6–10 fois
 Deux fois Plus de 10 fois
 3–5 fois

67d. A-t-on effectivement eu des rapports sexuels avec vous (oraux, anaux ou vaginaux) ?

Oui Non

67e. Si « oui » : combien de fois ?

Une fois 6–10 fois
 Deux fois Plus de 10 fois
 3–5 fois

68a. À l'âge adulte (19 ans et plus) vous a-t-on obligée ou menacée de vous blesser pour avoir un contact sexuel avec vous ?

Oui Non

68b. Si "oui" : vous a-t-on touché le sexe ou a-t-on essayé d'avoir des rapports sexuels avec vous (oraux, anaux ou vaginaux) ?

Oui Non

68c. Si "oui" : combien de fois ?

Une fois 6–10 fois
 Deux fois Plus de 10 fois
 3–5 fois

68d. A-t-on effectivement eu des rapports sexuels avec vous (oraux, anaux ou vaginaux) ?

Oui Non

68e. Si « oui » : combien de fois ?

Une fois 6–10 fois
 Deux fois Plus de 10 fois
 3–5 fois

Antécédents familiaux en matière de santé – Hommes

Ces questionnaires sont la reproduction mot pour mot des versions appliquées en Californie, États-Unis et certains points (par ex., les questions de démographie 1b, 3a, 3b, d'éducation 4, 11a, 11b) devront toujours être modifiés pour refléter les circonstances locales.

- 1a. Quelle est votre date de naissance ?**
Mois Année
- 1b. Dans quel État êtes-vous né ?**
État
 Né hors des États-Unis
- 2. Quel est votre sexe ?**
 Féminin Masculin
- 3a. De quelle race êtes-vous ?**
 Asiatique Amérindienne
 Noire Blanche
 Autre
- 3b. Êtes-vous Mexicain, Latino-Américain ou d'origine hispanique ?**
 Oui Non
- 4. Veuillez cocher votre niveau d'études. (Cochez une réponse.)**
 N'a pas fréquenté l'école
 Un peu d'école secondaire
 Diplôme de l'enseignement secondaire ou connaissances générales
 Un peu de collège ou d'école technique
 Diplôme d'études supérieures (4 ans)
- 5. Quelle est votre situation de famille ? Êtes-vous actuellement...**
 Marié
 Séparé
 Pas marié mais vivant avec une/un partenaire
 Divorcé
 Veuf
 Jamais marié
- 6a. Combien de fois avez-vous été marié ?**
 1 2 3 4 ou plus
 Jamais marié
- 6b. Quel mois et quelle année vous êtes-vous marié pour la première fois ?**
Mois Année
 Jamais marié
- 7a. Laquelle des propositions suivantes décrit le mieux votre situation d'emploi actuelle ?**
 Temps plein (35 heures ou plus)
 Temps partiel (1–34 heures)
 Pas d'emploi hors du foyer
- 7b. Si vous êtes actuellement employé hors de votre foyer, combien de jours de travail avez-vous manqués au cours des 30 derniers jours pour cause de stress ou parce que vous vous sentiez déprimé ?**
Nombre de jours :
- 7c. Si vous êtes actuellement employé hors de votre foyer, combien de jours de travail avez-vous manqués au cours des 30 derniers jours pour raison de santé ?**
Nombre de jours :
- 8. Durant la majeure partie de votre enfance, votre famille était-elle propriétaire de sa résidence ?**
 Oui Non
- 9a. Durant votre enfance, combien de fois avez-vous déménagé, y compris dans la même ville ?**
Nombre de fois :
- 9b. Depuis combien de temps habitez-vous à votre domicile actuel ?**
 Moins de 6 mois
 Moins d'1an
 Moins de 2 ans
 2 ans ou plus
- 10. Quel âge avait votre mère à votre naissance ?**
Âge :
- 11a. Quel niveau d'instruction a/avait votre mère ? (Cochez une réponse)**
 N'a pas fréquenté l'école secondaire
 Un peu d'école secondaire
 Diplôme de l'enseignement secondaire ou connaissances générales
 Un peu de collège ou d'école technique
 Diplôme d'études supérieures ou plus
- 11b. Quel niveau d'instruction a/avait votre père ? (Cochez une réponse)**
 N'a pas fréquenté l'école secondaire
 Un peu d'école secondaire
 Diplôme de l'enseignement secondaire ou connaissances générales
 Un peu de collège ou d'école technique
 Diplôme d'études supérieures ou plus

- 12a. Avez-vous fumé 100 cigarettes au moins au cours de votre vie entière ?**
 Oui Non
- 12b. Quel âge aviez-vous lorsque vous avez commencé à fumer régulièrement ?**
 Âge :
- 12c. Fumez-vous la cigarette actuellement ?**
 Oui Non
- 12d. Si "oui": combien de cigarettes fumez-vous en moyenne par jour ?**
 Nombre de cigarettes :

Si vous fumiez la cigarette, mais ne fumez plus maintenant :

- 13a. Combien de cigarettes par jour fumiez-vous ?**
 Nombre de cigarettes :
- 13b. Quel âge aviez-vous lorsque vous avez cessé de fumer ?**
 Âge :

Durant les 18 premières années de votre vie :

- 14a. Votre père fumait-il ?**
 Oui Non
- 14b. Votre mère fumait-elle ?**
 Oui Non
- 15a. Au cours du mois dernier, combien de jours par semaine avez-vous fait de l'exercice pour vous détendre ou pour rester en forme ?**
 0 1 2 3
 4 5 6 7
- 15b. Au cours du mois dernier, lorsque vous faisiez de l'exercice pour vous détendre ou pour rester en forme, combien de temps y consacriez-vous en général (en minutes) ?**
 0 1-19 20-29 30-39
 40-49 50-59 60 ou plus
- 16a. Quel âge aviez-vous lorsque vous avez bu votre premier verre d'alcool et pas seulement quelques gorgées ?**
 Âge :
 N'ai jamais bu d'alcool

Pendant les tranches d'âge suivantes, combien de verres d'alcool avez-vous consommés habituellement par semaine ?

- 16b1. Tranche 19-29**
 Aucun 7-13/semaine
 Moins de 6/semaine 14 ou plus/semaine
- 16b2. Tranche 30-39**
 Aucun 7-13/semaine
 Moins de 6/semaine 14 ou plus/semaine
- 16b3. Tranche 40-49**
 Aucun 7-13/semaine
 Moins de 6/semaine 14 ou plus/semaine
- 16b4. Tranche 50 et plus**
 Aucun 7-13/semaine
 Moins de 6/semaine 14 ou plus/semaine
- 16c. Au cours du mois dernier, avez-vous consommé de la bière, du vin, des cocktails ou des alcools ?**
 Oui Non
- 16d. Au cours du mois dernier, combien de jours par semaine avez-vous en moyenne consommé des boissons alcoolisées ?**
 0 1 2 3
 4 5 6 7
- 16e. Les jours où vous buviez, combien de verres par jour preniez-vous en moyenne ?**
 1 2 3 4 ou plus
 N'ai pas bu le mois dernier
- 16f. Toutes boissons alcoolisées confondues, combien de fois au cours du dernier mois avez-vous bu 5 verres ou plus en une seule occasion ?**
 Nombre de fois :
- 16g. Au cours du mois dernier, combien de fois avez-vous conduit alors que vous aviez peut-être un peu trop bu ?**
 Nombre de fois:
- 16h. Au cours des 30 derniers jours, avez-vous roulé dans une voiture ou un autre véhicule conduit par quelqu'un qui avait bu de l'alcool ?**
 Nombre de fois:
- 17. Vos habitudes de consommation d'alcool vous ont-elles déjà occasionné des problèmes ?**
 Oui Non

18. **Vous êtes-vous déjà considéré comme un alcoolique ?**
 Oui Non
- 19a. **Au cours des 18 premières années de votre vie, avez-vous vécu avec quelqu'un qui était alcoolique ou quasi alcoolique ?**
 Oui Non
- 19b. **Si "oui": cochez toutes les personnes concernées :**
 Père Autre membre de la famille
 Mère Autre personne non apparentée
 Frères Sœurs
20. **Avez-vous déjà été marié à quelqu'un (ou vécu avec quelqu'un comme si vous étiez marié) qui était alcoolique ou quasi alcoolique ?**
 Oui Non
- 21a. **Avez-vous déjà consommé des drogues illicites ?**
 Oui Non
- 21b. **Si "oui": Quel âge aviez-vous lorsque vous en avez consommé pour la première fois ?**
 Âge :
- 21c. **Combien de fois environ avez-vous consommé des drogues illicites ?**
 0 1-2 3-10 11-25
 26-99 100+
- 21d. **Avez-vous déjà eu des problèmes à cause (de votre consommation) de drogues illicites ?**
 Oui Non
- 21e. **Vous êtes-vous déjà considéré comme un toxicomane ?**
 Oui Non
- 21f. **Vous êtes-vous déjà injecté des drogues illicites ?**
 Oui Non
22. **Vous êtes-vous déjà fait soigner par un psychologue, un psychiatre ou un thérapeute ?**
 Oui Non
- 23a. **Un médecin, un infirmier ou un autre professionnel de la santé vous a-t-il interrogé sur les problèmes dans votre famille ou à la maison, durant votre enfance ?**
 Oui Non

- 23b. **Si besoin était, combien de parents ou d'amis proches vous aideraient-ils, si vous aviez des problèmes émotionnels ?**
 Aucun 1 2 3 ou plus

Durant votre croissance, au cours des 18 premières années de votre vie :

24. **Avez-vous vécu avec quelqu'un qui consommait des drogues illicites ?**
 Oui Non
- 25a. **Vos parents étaient-ils séparés ou divorcés ?**
 Oui Non
- 25b. **Avez-vous déjà vécu avec un beau-père ?**
 Oui Non
- 25c. **Avez-vous déjà vécu avec une belle-mère ?**
 Oui Non
26. **Avez-vous déjà vécu dans une famille d'accueil ?**
 Oui Non
- 27a. **Vous êtes-vous déjà enfuis de chez vous pendant plus d'une journée ?**
 Oui Non
- 27b. **Y en a-t-il parmi vos frères et sœurs qui se soient enfuis pendant plus d'une journée ?**
 Oui Non
28. **Y avait-il chez vous une personne malade mentalement ?**
 Oui Non
29. **Quelqu'un chez vous a-t-il tenté de se suicider ?**
 Oui Non
- 30a. **Quelqu'un chez vous est-il déjà allé en prison ?**
 Oui Non
- 30b. **Quelqu'un chez vous a-t-il déjà commis un crime grave ?**
 Oui Non
- 31a. **Quel a été votre poids maximum ?**
 Poids en kilos :
- 31b. **Quel âge aviez-vous alors ?**
 Âge :
- 32a. **Avez-vous déjà tenté de vous suicider ?**
 Oui Non

32b. Si "oui": Quel âge aviez-vous la première fois que vous avez tenté de vous suicider ?
Âge :

32c. Si "oui": Quel âge aviez-vous la dernière fois que vous avez tenté de vous suicider ?
Âge :

32d. Combien de fois avez-vous tenté de vous suicider ?
Nombre de fois :

32e. Vous êtes-vous déjà blessé, empoisonné ou avez-vous déjà pris une overdose suite à une tentative de suicide et avez-vous dû être soigné par un médecin ou un infirmier ?
 Oui Non

De façon à avoir un aperçu plus complet de l'état de santé de nos patients, les trois questions suivantes portent sur les expériences sexuelles voulues uniquement.

33a. Quel âge aviez-vous lors de vos premiers rapports sexuels ?
Âge :
 N'ai jamais eu de rapports sexuels

33b. Avec combien de partenaires différents/différentes avez-vous eu des rapports sexuels ?
Nombre de partenaires :

33c. Au cours de l'année passée, avec combien de partenaires différents/différents avez-vous eu des rapports sexuels ?
Nombre de partenaires :

34a. Avez-vous déjà mis une femme enceinte ?
 Oui Non

34b. Si "oui" : quel âge aviez-vous la première que vous avez mis une femme enceinte ?
Âge :
 N'ai jamais mis de femme enceinte

34c. Quel âge avait la plus jeune femme que vous ayez jamais mise enceinte ?
Âge :
 N'ai jamais mis de femme enceinte

34d. Quel âge aviez-vous alors ?
Âge :

Parfois, les parents en viennent aux coups. Durant votre croissance, au cours des 18 premières années de votre vie, combien de fois votre père (ou votre beau-père) ou l'ami de votre mère a-t-il fait les choses suivantes à votre mère (ou à votre belle-mère) ?

35a. Pousser, empoigner, gifler ou lancer quelque chose contre elle ?
 Jamais Souvent
 Une fois, deux fois Très souvent
 Parfois

35b. Donner des coups de pied, mordre, frapper du poing ou avec quelque chose de dur ?
 Jamais Souvent
 Une fois, deux fois Très souvent
 Parfois

35c. Frapper à plusieurs reprises pendant au moins plusieurs minutes ?
 Jamais Souvent
 Une fois, deux fois Très souvent
 Parfois

35d. Menacer avec un couteau ou une arme à feu, ou se servir d'un couteau ou d'une arme à feu pour lui faire mal ?
 Jamais Souvent
 Une fois, deux fois Très souvent
 Parfois

Il y a des parents qui donnent des fessées à leurs enfants pour les punir. Durant votre croissance, au cours des 18 premières années de votre vie :

36a. Combien de fois avez-vous reçu une fessée ?
 Jamais
 Souvent dans l'année
 Une fois, deux fois
 Très souvent dans l'année
 Quelques fois dans l'année

36b. Les fessées étaient-elles ?
 Pas très fortes Plutôt fortes
 Un peu fortes Très fortes
 Moyennement fortes

36c. Quel âge aviez-vous la dernière fois que vous vous rappelez avoir été fessé ?
Âge :

Durant votre croissance, au cours des 18 premières années de votre vie, à quel point les affirmations suivantes étaient-elles vraies ?

- 37. Vous n'aviez pas assez à manger.**
 Jamais vrai Souvent vrai
 Rarement vrai Très souvent vrai
 Parfois vrai
- 38. Vous saviez qu'il y avait quelqu'un pour prendre soin de vous et vous protéger.**
 Jamais vrai Souvent vrai
 Rarement vrai Très souvent vrai
 Parfois vrai
- 39. Des personnes dans votre famille vous disaient, par exemple, que vous étiez paresseux ou laid.**
 Jamais vrai Souvent vrai
 Rarement vrai Très souvent vrai
 Parfois vrai
- 40. Vos parents étaient trop ivres ou drogués pour prendre soin de la famille.**
 Jamais vrai Souvent vrai
 Rarement vrai Très souvent vrai
 Parfois vrai
- 41. Il y avait quelqu'un dans la famille grâce à qui vous sentiez que vous aviez de l'importance.**
 Faux Souvent
 Rarement Très souvent
 Parfois
- 42. Vous deviez porter des vêtements sales.**
 Jamais vrai Souvent vrai
 Rarement vrai Très souvent vrai
 Parfois vrai
- 43. Vous vous sentiez aimé.**
 Jamais vrai Souvent vrai
 Rarement vrai Très souvent vrai
 Parfois vrai
- 44. Vous pensiez que vos parents auraient souhaité que vous ne soyez jamais venu au monde.**
 Jamais vrai Souvent vrai
 Rarement vrai Très souvent vrai
 Parfois vrai
- 45. Les membres de votre famille se protégeaient les uns les autres**
 Jamais vrai Souvent vrai
 Rarement vrai Très souvent vrai
 Parfois vrai

- 46. Vous sentiez que quelqu'un dans la famille vous haïssait.**
 Jamais vrai Souvent vrai
 Rarement vrai Très souvent vrai
 Parfois vrai
- 47. Des personnes de votre famille vous disaient des choses blessantes ou vous insultaient.**
 Faux Souvent
 Rarement Très souvent
 Parfois
- 48. Les membres de votre famille étaient proches les uns des autres.**
 Jamais vrai Souvent vrai
 Rarement vrai Très souvent vrai
 Parfois vrai
- 49. Vous pensez que vous étiez émotionnellement maltraité.**
 Jamais vrai Souvent vrai
 Rarement vrai Très souvent vrai
 Parfois vrai
- 50. Il y avait quelqu'un pour vous emmener chez le médecin quand vous en aviez besoin.**
 Jamais vrai Souvent vrai
 Rarement vrai Très souvent vrai
 Parfois vrai
- 51. Votre famille vous apportait sa force et son soutien.**
 Jamais vrai Souvent vrai
 Rarement vrai Très souvent vrai
 Parfois vrai

Les parents ou d'autres adultes font parfois du mal aux enfants. Durant votre croissance, c'est-à-dire au cours des 18 premières années de votre vie, combien de fois est-il arrivé que votre père, votre mère, votre beau-père, votre belle-mère ou un adulte vivant chez vous :

- 52a. Jure en s'adressant à vous, vous insulte ou vous humilie ?**
 Jamais Souvent
 Une fois, deux fois Très souvent
 Parfois
- 52b. Menace de vous frapper ou de lancer quelque chose contre vous, mais sans le faire ?**
 Jamais Souvent
 Une fois, deux fois Très souvent
 Parfois

52c. Vous pousse, vous empoigne, vous bouscule, vous gifle ou lance effectivement quelque chose contre vous ?

- Jamais Souvent
 Une fois, deux fois Très souvent
 Parfois

52d. Vous frappe si fort que vous en aviez des marques ou que vous étiez blessé ?

- Jamais Souvent
 Une fois, deux fois Très souvent
 Parfois

52e. Agissez de telle sorte que vous ayez eu peur d'être blessée physiquement ?

- Jamais Souvent
 Une fois, deux fois Très souvent
 Parfois

Certaines personnes, durant leur croissance, au cours des 18 années premières de leur existence, ont des rapports sexuels avec un adulte ou quelqu'un ayant au moins cinq de plus qu'elles. Il peut s'agir de membres de la famille, d'amis de la famille ou d'individus étrangers à la famille. Au cours des 18 premières années de votre vie, un adulte, un membre plus âgé de la famille, un ami de la famille ou un étranger à la famille :

	La première fois que cela est arrivé, quel âge aviez-vous ?	La première fois, cela s'est-il passé contre votre volonté ?	La dernière fois que cela est arrivé, quel âge aviez-vous ?	Combien de fois environ cela vous est-il arrivé ?	Combien de personnes différentes vous ont-elles fait cela ?	De quel sexe était la (les) personne(s) qui vous ont fait cela ?
53a. A-t-il touché ou caressé votre corps d'une manière sexuelle ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si "oui" ►	..... âge	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	..... âge	..... fois	..... personne(s)	<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Les deux
54a. Avez-vous touché leur corps d'une manière sexuelle ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si "oui" ►	..... âge	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	..... âge	..... fois	..... personne(s)	<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Les deux
55a. A-t-il essayé d'avoir des rapports sexuels (oraux, anaux) avec vous ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si "oui" ►	..... âge	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	..... âge	..... fois	..... personne(s)	<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Les deux
56a. A effectivement eu des rapports sexuels (oraux, anaux) avec vous ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si "oui" ►	..... âge	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	..... âge	..... fois	..... personne(s)	<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Les deux

Si vous avez répondu "Non" à chacune des 4 dernières questions (53a–56a) sur les expériences sexuelles avec des personnes plus âgées, veuillez passer à la question 67a.

L'une ou l'autre de ces expériences sexuelles avec un adulte ou une personne de 5 ans plus âgée que vous a-t-elle impliqué :

57a. Un membre de la famille habitant chez vous ?

- Oui Non

57b. Une personne non apparentée habitant chez vous ?

- Oui Non

57c. Un membre de la famille qui ne vivait pas chez vous ?

- Oui Non

57d. Un ami de la famille ou une personne de votre connaissance qui ne vivait pas chez vous ?

- Oui Non

57e. Un étranger à la famille ?

- Oui Non

57f. Quelqu'un qui était censé s'occuper de vous ?

- Oui Non

57g. Quelqu'un en qui vous aviez confiance ?

- Oui Non

Dans le cadre de l'une ou l'autre de ces expériences sexuelles :

58a. A-t-on eu recours à des paroles trompeuses, de la persuasion verbale ou des pressions pour vous obliger à participer ?

Oui Non

58b. Vous a-t-on fait prendre de l'alcool ou des drogues ?

Oui Non

58c. Vous a-t-on menacé de vous blesser si vous ne participiez pas ?

Oui Non

58d. Vous a-t-on forcé ou maîtrisé physiquement pour que vous participiez ?

Oui Non

59a. Avez-vous déjà parlé avec un médecin, un infirmier ou un autre professionnel de la santé de ces expériences sexuelles ?

Oui Non

59b. Un thérapeute ou un conseiller a-t-il déjà évoqué la possibilité que vous ayez pu être victime de violence sexuelle dans votre enfance ?

Oui Non

60. Pensez-vous que vous ayez été victime de violence sexuelle lorsque vous étiez enfant ?

Oui Non

Mises à part les autres expériences sexuelles dont vous nous avez déjà parlé, durant votre croissance, au cours des 18 premières années de votre vie :

61a. Un garçon ou un groupe de garçons de votre âge vous ont-ils jamais obligé ou menacé de vous blesser pour avoir un contact sexuel avec vous ?

Oui Non

61b. Si "oui" : Vous a-t-on touché le sexe ou essayé d'avoir des rapports sexuels avec vous (oraux, anaux) ?

Oui Non

61c. Si « oui » : combien de fois ?

Une fois 6–10 fois
 Deux fois Plus de 10 fois
 3–5 fois

61d. A-t-on effectivement eu des rapports sexuels avec vous (oraux, anaux) ?

Oui Non

61e. Si « oui » : combien de fois ?

Une fois 6–10 fois
 Deux fois Plus de 10 fois
 3–5 fois

62a. À l'âge adulte (19 ans et plus) vous a-t-on obligé ou menacé de vous blesser pour avoir un contact sexuel avec vous ?

Oui Non

62b. Si "oui" : vous a-t-on touché le sexe ou a-t-on essayé d'avoir des rapports sexuels avec vous (oraux, anaux) ?

Oui Non

62c. Si « oui » : combien de fois ?

Une fois 6–10 fois
 Deux fois Plus de 10 fois
 3–5 fois

62d. A-t-on effectivement eu des rapports sexuels avec vous (oraux, anaux) ?

Oui Non

62e. Si « oui » : combien de fois ?

Une fois 6–10 fois
 Deux fois Plus de 10 fois
 3–5 fois

Questionnaire d'évaluation de la santé – Femmes

Question <i>in extenso</i>	Codification et commentaires
Vous est-il arrivé :	
D'avoir souvent le nez bouché ou qui coule, des éternuements	1=ooui 2=non
D'être allergique à un médicament	1=ooui 2=non
De souffrir d'asthme ou d'avoir une respiration sifflante	1=ooui 2=non
De souffrir de bronchite chronique ou d'emphysème	1=ooui 2=ooui
De tousser souvent pour une raison ou pour une autre	1=ooui 2=non
D'avoir le souffle court	1=ooui 2=non
Vous est-il déjà arrivé :	
De cracher du sang (de cracher, pas de vomir)	1=ooui 2=non
De recevoir des soins parce que vous souffriez de tuberculose ou de coccidiomycose	1=ooui 2=non
D'avoir un résultat positif à un test de tuberculose	1=ooui 2=non
De fumer beaucoup	1=ooui 2=non
Si vous fumez actuellement, combien de cigarettes par jour	.....
D'avoir un cancer du poumon	1=ooui 2=non
Est-ce que vous chiquez du tabac	1=ooui 2=non
Avez-vous eu ou vous a-t-on dit que vous aviez :	
De l'hypertension artérielle	1=ooui 2=non
Avez-vous déjà pris ou vous a-t-on dit que vous deviez prendre des médicaments pour la pression artérielle	1=ooui 2=non
Avez-vous déjà eu ou vous a-t-on dit que vous aviez une crise cardiaque (infarctus)	1=ooui 2=non
Avez-vous déjà pris ou vous a-t-on dit que vous deviez prendre des médicaments pour réduire votre taux de cholestérol	1=ooui 2=non
Souffrez-vous :	
De douleurs ou sentez-vous la poitrine comprimée quand vous faites un effort	1=ooui 2=non
Utilisez-vous de la nitroglycérine	1=ooui 2=non
Votre cœur bat-il parfois très vite ou saute-t-il des battements	1=ooui 2=non
Autres problèmes cardiaques	1=ooui 2=non
Crampes nocturnes dans les jambes	1=ooui 2=non

Question <i>in extenso</i>	Codification et commentaires
Douleurs dans les jambes après avoir marché vite, gravi rapidement une pente ou monté des escaliers	1=ooui 2=non
Avez-vous :	
Des varices	1=ooui 2=non
Des problèmes de peau	1=ooui 2=non
Souffrez-vous :	
De douleurs abdominales (stomacales)	1=ooui 2=non
D'indigestions ou de brûlures d'estomac fréquentes	1=ooui 2=non
De constipation	1=ooui 2=non
De diarrhées fréquentes, d'intestins relâchés	1=ooui 2=non
Y a-t-il eu un changement notable :	
Dans la forme ou la régularité de vos selles l'année dernière	1=ooui 2=non
Êtes-vous végétarienne	1=ooui 2=non
Avez-vous déjà eu ou vous a-t-on dit que vous aviez :	
Un ulcère	1=ooui 2=non
Vomi du sang	1=ooui 2=non
Des selles noires comme du goudron	1=ooui 2=non
Des calculs biliaires, des problèmes vésiculaires	1=ooui 2=non
La jaunisse, une hépatite ou tout autre trouble hépatique	1=ooui 2=non
Votre poids a-t-il notablement changé au cours des derniers mois	1=ooui 2=non
Souffrez-vous :	
De maux de tête fréquents	1=ooui 2=non
D'étourdissements	1=ooui 2=non
Avez-vous déjà eu :	
Des crises d'épilepsie, des convulsions, des attaques	1=ooui 2=non
Des évanouissements ou des pertes de conscience sans raison apparente	1=ooui 2=non
Une perte temporaire de contrôle d'une main ou d'un pied (paralysie)	1=ooui 2=non
Un accident vasculaire cérébral ou une "petite congestion cérébrale"	1=ooui 2=non
Une incapacité temporaire de parler	1=ooui 2=non

Question <i>in extenso</i>	Codification et commentaires
Souffrez-vous :	
De maux de dos fréquents	1=oui 2=non
D'articulations douloureuses ou gonflées	1=oui 2=non
Vous est-il arrivé :	
De vous fracturer un os	1=oui 2=non
De vous inquiéter d'être malade	1=oui 2=non
De vous inquiéter d'être plus fragile que la plupart des gens	1=oui 2=non
De paniquer dans des circonstances particulières	1=oui 2=non
De craindre de ne pouvoir contrôler votre colère	1=oui 2=non
Vous est-il arrivé ou vous arrive-t-il :	
D'avoir des problèmes urinaires (rein, vessie)	1=oui 2=non
De ne pas pouvoir contrôler votre vessie	1=oui 2=non
D'avoir mal ou de sentir une brûlure lorsque vous urinez	1=oui 2=non
D'avoir du sang dans votre urine	1=oui 2=non
D'avoir du mal à uriner	1=oui 2=non
De vous lever souvent la nuit pour uriner	1=oui 2=non
D'avoir des saignements vaginaux entre les règles	1=oui 2=non
D'avoir des saignements vaginaux après la ménopause	1=oui 2=non
D'avoir une grosseur visible à la poitrine	1=oui 2=non
D'examiner régulièrement vous-même vos seins	1=oui 2=non
D'avoir des sécrétions aux mamelons	1=oui 2=non
Avez-vous déjà été soignée pour les maladies suivantes	
Maladie vénérienne	1=oui 2=non
Diabète	1=oui 2=non
Vous a-t-on déjà dit de prendre des médicaments contre le diabète	1=oui 2=non
Maladie thyroïdienne	1=oui 2=non
Cancer	1=oui 2=non

Question <i>in extenso</i>	Codification et commentaires
Avez-vous déjà eu ou avez-vous actuellement :	
Une radiothérapie	1=oui 2=non
De la difficulté à refuser une demande ou à dire non	1=oui 2=non
Des hallucinations (vu, senti ou entendu des choses qui n'existaient pas)	1=oui 2=non
De la difficulté à vous endormir ou à rester éveillée	1=oui 2=non
De la fatigue, même après une bonne nuit de sommeil	1=oui 2=non
Des crises de larmes	1=oui 2=non
De la dépression ou le cafard	1=oui 2=non
Beaucoup de nervosité	1=oui 2=non
Vous arrive-t-il :	
De boire parfois plus que de raison	1=oui 2=non
De faire usage de drogues illicites	1=oui 2=non
Avez-vous déjà été :	
Violée ou sexuellement agressée dans votre enfance	1=oui 2=non
Êtes-vous :	
Sexuellement active présentement avec un/une partenaire	1=oui 2=non
Satisfaite de votre vie sexuelle	1=oui 2=non
Craignez-vous de contracter le SIDA	1=oui 2=non
Veillez nous dire :	
Combien de fois avez-vous consulté un médecin l'année dernière	.....
Quel est votre niveau d'études	.....
Êtes-vous mariée	1=oui 2=non
Combien de fois avez-vous été mariée	.....
Avez-vous actuellement des difficultés graves ou préoccupantes en ce qui concerne votre :	
Mariage	1=oui 2=non
Famille	1=oui 2=non
Usage de drogues	1=oui 2=non
Travail	1=oui 2=non
Situation financière	1=oui 2=non

Question in extenso	Codification et commentaires
Avez-vous jamais subi une chirurgie des artères coronariennes	1=ooui 2=non
Vers quelle année :	Intervalle 1-96
Avez-vous eu des transfusions de sang entre 1978 et 1985	1=ooui 2=non
Éprouvez-vous le besoin d'être vaccinée	1=ooui 2=non
Êtes-vous retraitée	1=ooui 2=non
Des membres de votre famille sont-ils morts avant l'âge de 65 ans ?	1=ooui 2=non
Des membres de votre famille ont-ils souffert de maladies ?	1=ooui 2=non
Y a-t-il dans votre famille des maladies peu courantes que vous n'avez pas déjà mentionnées ?	1=ooui 2=non

Question in extenso	Codification et commentaires
L'un de vos parents, frères ou sœurs a-t-il souffert d'une maladie coronarienne (du cœur) avant l'âge de 60 ans ?	1=ooui 2=non
Avez-vous une vraie jumelle ou un vrai jumeau ?	1=ooui 2=non
Veillez encercler la réponse qui décrit le mieux votre état de santé actuel	1= excellent 2= bon 3= assez bon 4= mauvais
Attachez-vous régulièrement votre ceinture en voiture ?	1=ooui 2=non
Veillez encercler la réponse qui décrit le mieux votre niveau de stress :	1= élevé 2= moyen 3= bas

Questionnaire d'évaluation de la santé – Hommes

Question <i>in extenso</i>	Codification et commentaires
Souffrez-vous :	
D'allergie à un médicament	1=où 2=non
D'asthme ou avez-vous une respiration sifflante	1=où 2=non
De bronchite chronique ou d'emphysème	1=où 2=non
D'une toux fréquente pour une raison ou pour une autre	1=où 2=non
D'un souffle court	1=où 2=non
Vous est-il déjà arrivé :	
De cracher du sang (de cracher, pas de vomir)	1=où 2=non
De recevoir des soins parce que vous souffriez de tuberculose ou de coccidiomycose	1=où 2=non
D'avoir un résultat positif à un test de tuberculose	1=où 2=non
De fumer beaucoup	1=où 2=non
Si vous fumez actuellement, combien de cigarettes par jour	.....
D'avoir un cancer du poumon	1=où 2=non
Est-ce que vous chiquez du tabac	1=où 2=non
Avez-vous eu ou vous a-t-on dit que vous aviez :	
De l'hypertension artérielle	1=où 2=non
Avez-vous déjà pris ou vous a-t-on dit que vous deviez prendre des médicaments pour la pression artérielle	1=où 2=non
Avez-vous déjà eu ou vous a-t-on dit que vous aviez une crise cardiaque (infarctus)	1=où 2=non
Avez-vous déjà pris ou vous a-t-on dit que vous deviez prendre des médicaments pour réduire votre taux de cholestérol	1=où 2=non
Souffrez-vous :	
De douleurs ou sentez-vous la poitrine comprimée quand vous faites un effort	1=où 2=non
Utilisez-vous de la nitroglycérine	1=où 2=non
Votre cœur bat-il parfois très vite ou saute-t-il des battements	1=où 2=non
Autres problèmes cardiaques	1=où 2=non
Crampes nocturnes dans les jambes	1=où 2=non

Question <i>in extenso</i>	Codification et commentaires
Souffrez-vous :	
Douleurs dans les jambes après avoir marché vite, gravi rapidement une pente ou monté des escaliers	1=où 2=non
Avez-vous :	
Des varices	1=où 2=non
Des problèmes de peau	1=où 2=non
Souffrez-vous :	
De douleurs abdominales (stomacales)	1=où 2=non
D'indigestions ou de brûlures d'estomac fréquentes	1=où 2=non
De constipation	1=où 2=non
De diarrhées fréquentes, d'intestins lâches	1=où 2=non
Y a-t-il eu un changement notable :	
Dans la forme ou la régularité de vos selles l'année dernière	1=où 2=non
Êtes-vous végétarien	1=où 2=non
Avez-vous déjà eu ou vous a-t-on dit que vous aviez :	
Un ulcère	1=où 2=non
Vomi du sang	1=où 2=non
Des selles noires comme du goudron	1=où 2=non
Des calculs biliaires, des problèmes vésiculaires	1=où 2=non
La jaunisse, une hépatite ou tout autre trouble hépatique	1=où 2=non
Votre poids a-t-il notablement changé au cours des derniers mois	1=où 2=non
Souffrez-vous :	
De maux de tête fréquents	1=où 2=non
D'étourdissements	1=où 2=non
Avez-vous déjà eu :	
Des crises d'épilepsie, des convulsions, des attaques	1=où 2=non
Des évanouissements ou des pertes de conscience sans raison apparente	1=où 2=non
Une perte temporaire de contrôle d'une main ou d'un pied (paralysie)	1=où 2=non
Un accident vasculaire cérébral ou une "petite congestion cérébrale"	1=où 2=non

Question <i>in extenso</i>	Codification et commentaires
Une incapacité temporaire de parler	1=ooui 2=non
De maux de dos fréquents	1=ooui 2=non
D'articulations douloureuses ou gonflées	1=ooui 2=non
Vous est-il arrivé :	
De vous fracturer un os	1=ooui 2=non
De vous inquiéter d'être malade	1=ooui 2=non
De vous inquiéter d'être plus fragile que la plupart des gens	1=ooui 2=non
De paniquer dans des circonstances particulières	1=ooui 2=non
De craindre de ne pouvoir contrôler votre colère	1=ooui 2=non
Vous est-il arrivé ou vous arrive-t-il :	
D'avoir des problèmes urinaires (rein, vessie)	1=ooui 2=non
De ne pas pouvoir contrôler votre vessie	1=ooui 2=non
D'avoir mal ou de sentir une brûlure lorsque vous urinez	1=ooui 2=non
D'avoir du sang dans votre urine	1=ooui 2=non
D'avoir du mal à uriner	1=ooui 2=non
De vous lever souvent la nuit pour uriner	1= oui 2= non
D'avoir des sécrétions aux mamelons	1=ooui 2=non
Avez-vous déjà été soigné pour les maladies suivantes ou vous a-t-on déjà dit que vous en souffriez de :	
Maladie vénérienne	1=ooui 2=non
Diabète	1=ooui 2=non
Vous a-t-on déjà dit de prendre des médicaments contre le diabète	1=ooui 2=non
Maladie thyroïdienne	1=ooui 2=non
Cancer	1=ooui 2=non
Avez-vous déjà eu ou avez-vous actuellement :	
Une radiothérapie	1=ooui 2=non
De la difficulté à refuser une demande ou à dire non	1=ooui 2=non
Des hallucinations (vu, senti ou entendu des choses qui n'existaient pas)	1=ooui 2=non

Question <i>in extenso</i>	Codification et commentaires
De la difficulté à vous endormir ou à rester éveillé	1=ooui 2=non
De la fatigue, même après une bonne nuit de sommeil	1=ooui 2=non
Des crises de larmes	1=ooui 2=non
De la dépression ou le cafard	1=ooui 2=non
Beaucoup de nervosité	1=ooui 2=non
Vous arrive-t-il :	
De boire parfois plus que de raison	1=ooui 2=non
De faire usage de drogues illicites	1=ooui 2=non
Avez-vous jamais été :	
Violé ou sexuellement agressé dans votre enfance	1=ooui 2=non
Êtes-vous :	
Sexuellement actif actuellement avec un/une partenaire	1=ooui 2=non
Satisfait de votre vie sexuelle	1=ooui 2=non
Vous craignez de contracter le SIDA	1=ooui 2=non
Veillez nous dire :	
Combien de fois vous avez consulté un médecin l'année dernière	.....
Quel est votre niveau d'études	.....
Êtes-vous marié	1=ooui 2=non
Combien de fois avez-vous été marié	.....
Avez-vous actuellement des difficultés graves ou préoccupantes en ce qui concerne votre :	
Mariage	1=ooui 2=non
Famille	1=ooui 2=non
Usage de drogues	1=ooui 2=non
Travail	1=ooui 2=non
Situation financière	1=ooui 2=non
Avez-vous jamais subi une chirurgie des artères coronariennes	1=ooui 2=non
Vers quelle année :	Intervalle 1-96
Avez-vous eu des transfusions de sang entre 1978 et 1985	1=ooui 2=non

Question <i>in extenso</i>	Codification et commentaires
Éprouvez-vous le besoin d'être vacciné	1=oui 2=non
Êtes-vous retraité	1=oui 2=non
Des membres de votre famille sont-ils morts avant l'âge de 65 ans ?	1=oui 2=non
Des membres de votre famille ont-ils souffert de maladies ?	1=oui 2=non
Y a-t-il dans votre famille des maladies peu courantes que vous n'avez pas déjà mentionnées ?	1=oui 2=non
L'un de vos parents, frères ou sœurs a-t-il souffert d'une maladie coronarienne (du cœur) avant l'âge de 60 ans ?	1=oui 2=non
Avez-vous une jumelle ou un jumeau identique ?	1=oui 2=non
Veillez encercler la réponse qui décrit le mieux votre état de santé actuel	1= excellent 2= bon 3= assez bon 4= mauvais
Attachez-vous régulièrement votre ceinture en voiture ?	1=oui 2=non
Veillez encercler la réponse qui décrit le mieux votre degré de stress :	1= élevé 2= moyen 3= bas

ANNEXE 2

Exemples d'outils de mesure validés pour l'évaluation des résultats (voir Tableau 3.2)

Résultats portant sur le nourrisson et l'enfant

Développement du nourrisson et des enfants

Bayley Scales of Infant Development (BSID et BSID-II)¹

Developmental Profile II (DPII)²

Kaufman Assessment Battery for Children (K-ABC)³

Stanford-Binet Intelligence Scale, 4e Edition⁴

Comportements externalisés et comportements internalisés des enfants

Child Behavior Checklist (CBCL)^{5,6}

Social competency

Developmental Checklist⁷

Scott and Hogan Adaptive Social Behavior Inventory (ASBI)⁸

Niveaux d'instruction (y compris les résultats scolaires)

Child Classroom Adaptation Index (CCAI)⁹

Cooperative Preschool Inventory (CPI)¹⁰

Comportements à risque signalés par la personne elle-même (par ex., usage nocif d'alcool et de drogues, partenaires sexuels multiples, violence du/de la partenaire intime)

Questionnaire pour l'étude sur les expériences négatives durant l'enfance (Annexe 1)

Connaissances, attitudes et comportements des parents en matière de discipline

Conflict Tactics Scale (CTS2)¹¹

Adult-Adolescent Parenting Inventory (AAPI)¹²

¹ Bayley, N. *Bayley Scales of Infant Development*. San Antonio, TX, The Psychological Corporation, 1969 et 1993.

² Alpern G, Boll T, Shearer M. *Developmental Profile II*. Los Angeles, Californie, Western Psychological Services, 1986.

³ Kaufman AS, Kaufman NL. *Kaufman Assessment Battery for Children*. Circle Pines, Minnesota, American Guidance Service, 1983.

⁴ Thorndike RL, Hagen EP, Sattler JM. *Stanford-Binet Intelligence Scale*. 4th ed. Itasca, Illinois, Riverside Publishing Company, 1986.

⁵ Achenbach TM, Edelbrock C. *Manual for the Child Behavior Checklist and Revised Behavior Checklist and Revised Behavior Profile*. Burlington, Vermont, University of Vermont, Department of Psychiatry, 1983.

⁶ Achenbach TM. *Child Behavior Checklist for ages 2-3*. Burlington, Vermont, University of Vermont, 1988.

⁷ St Pierre RG et al. *National impact evaluation of the Comprehensive Child Development Program*, final report. Cambridge, Massachusetts, Abt Associates, 1997:5.7, 5.12.

⁸ Scott KG, Hogan A. *The Adaptive Social Behavior Inventory*. New York, État de New York, Harcourt Brace Jovanovich, 1987.

⁹ Halpern R, Baker AJL, Piotrkowski CS. *The Child Classroom Adaptation Index*. New York, État de New York, National Council of Jewish Women, 1993.

¹⁰ Caldwell BM. *Cooperative Preschool Inventory*. Princeton, New Jersey, Educational Testing Service, 1974.

¹¹ Straus MA et al. *The revised Conflict Tactics Scales (CTS2): Development and preliminary psychometric data*. Durham, NH, Family Research Laboratory, University of New Hampshire, 1995.

¹² Bavolet S. Research and validation report of the Adult-Adolescent Parenting Inventory (AAPI). Eau Claire, Wisconsin, Family Development Resources, 1989.

Résultats concernant les parents et la famille

Attachement entre parent et enfant

The Attachment Q-Set (Version 3.0)¹

Sentiment des parents quant à leurs compétences pédagogiques, attitudes en matière d'éducation

Parenting Sense of Competence Scale (PSOC)²

Parenting Stress Index (PSI), including Sense of Competence Subscale³

Connaissances et attentes parentales quant au développement (physique, émotionnel, cognitif, sexuel) des enfants

Knowledge of Infant Development Inventory (KIDI)⁴

Nursing Child Assessment Satellite Training (NCAST) Teaching Scale^{5,6}

Connaissances, attitudes et comportements des parents en matière de discipline

Conflict Tactics Scale (CTS2)⁷

Adult-Adolescent Parenting Inventory (AAPI)¹

¹ Waters E. Caregiving, cultural, and cognitive perspectives on Secure-Base Behavior and working models: new growing points of Attachment Theory and research. *Monographies de la Society for Research in Child Development*, 1995, 60:234–246.

² Gibaud-Wallston J, Wandersman LP. The Parenting Sense of Competence Scale (PSOC). In: Touliatos J, Perlmutter B, Straus M, eds. *Handbook of family measurement techniques*. Thousand Oaks, Californie, Sage, 2001:166–167.

³ Abidin RR. *Parenting Stress Index: manual*. Charlottesville, Virginie, Pediatric Psychology, 1986.

⁴ MacPhee D. *Knowledge of Infant Development Inventory*. Chapel Hill, University of North Carolina, 1981. [Document non publié, disponible sur demande auprès de David L MacPhee, Human Development and Family Studies, Colorado State University, Fort Collins, Colorado 80523, États-Unis.]

⁵ Barnard K. NCAST Scale. Seattle, WA, University of Washington, School of Nursing, 1989.

⁶ NCAST caregiver–parent interaction teaching manual. Seattle, État de Washington, Nursing Child Assessment Satellite Training Program, University of Washington, School of Nursing, 1994.

⁷ Bavolet S. *Research and validation report of the Adult-Adolescent Parenting Inventory (AAPI)*. Eau Claire, Wisconsin, Family Development Resources, 1989.

