

# Chapitre 2

## La violence et la maltraitance envers les enfants

---

Marie-Ève Clément

Chaire recherche du Canada sur la violence faite aux enfants, UQO

Marie-Hélène Gagné

Chaire de partenariat en prévention de la maltraitance, Université Laval

Sonia Hélie

Centre de recherche de l'Institut universitaire Jeunes en difficulté,  
CIUSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

### Messages clés

- La maltraitance englobe toutes les formes de négligence, de violence ou d'abus susceptibles de nuire à l'intégrité physique et psychologique et au développement de l'enfant. Il s'agit à la fois d'actes omis ou d'actes commis.
- Au Québec, la forme de maltraitance la plus souvent confirmée par les services de protection de l'enfance est la négligence. Elle est suivie de l'exposition à la violence conjugale, de l'abus physique et enfin, des mauvais traitements psychologiques.
- La punition corporelle est une pratique parentale à caractère violent. La prévalence annuelle de la punition corporelle montre une tendance à la baisse au Québec. En 2012, un tiers des enfants Québécois y a été exposé.
- Les effets à court et à long terme de la maltraitance sur la santé mentale et physique ainsi que sur le développement cognitif et neurobiologique sont importants et ce, peu importe la forme.
- La prévalence et les répercussions de la violence et de la maltraitance envers les enfants confirment la nécessité de déployer des stratégies de prévention au Québec.
- Pour prévenir la maltraitance, la mise en place de conditions propices à de saines relations parent-enfant est à privilégier afin que, de la naissance à l'adolescence, le plus grand nombre d'enfants possible puissent grandir au sein d'une famille exempte de dynamiques coercitives, violentes, abusives ou négligentes.
- Parmi les stratégies préventives, les programmes de visites à domicile et de développement des habiletés destinées à soutenir les parents dans l'exercice de leur rôle comptent parmi les plus utilisées et les plus probants en termes d'efficacité pour prévenir la maltraitance.
- La création d'environnements favorables aux familles par des moyens économiques, médiatiques, légaux et éducatifs est nécessaire à la prévention de la violence et de la maltraitance, car elle permet de limiter les irritants dans la vie familiale et générer un climat social et communautaire bienveillant pour les parents et les enfants.

## La violence et la maltraitance comme problème de santé publique

L'intérêt scientifique pour la maltraitance envers les enfants n'est pas récent. Les premiers écrits pédiatriques perses datant de l'an 900 relataient déjà des cas d'abus physique et sexuel. À travers les siècles, de manière plus ponctuelle, on retrouve d'autres cas répertoriés dans les ouvrages médicaux [1]. Puis, au XIX<sup>e</sup> siècle, Ambroise Tardieu, un médecin français, tente de faire reconnaître pour la première fois à la communauté scientifique l'ampleur des différentes formes que peut prendre la maltraitance infantile [2]. Or, les mœurs de l'époque, qui considéraient les problèmes familiaux comme du domaine privé et les enfants comme des objets de droit – sur lesquels les adultes détiennent des droits –, n'étaient pas propices à faire reconnaître cette réalité comme un problème social. Il faudra attendre le XX<sup>e</sup> siècle pour que la maltraitance soit considérée comme un problème nécessitant la mise en place de services spécifiques. Cette reconnaissance est officiellement attribuée à Henry Kempe avec la parution du livre sur le syndrome de l'enfant battu en 1962 [3]. Elle survient dans un contexte alors marqué par la reconnaissance des enfants comme sujets de droit avec la Déclaration des droits de l'enfant de 1959, précurseuse de la Convention internationale des droits de l'enfant adoptée par l'Organisation des Nations Unies en 1989, par l'essor des nouvelles approches de pédagogie prônées, entre autres, par Montessori, Berge et Spock [4], ainsi que par le mouvement d'émancipation des femmes qui dénonçaient de plus en plus publiquement la violence familiale [5].

À partir de ce moment, la maltraitance envers les enfants est devenue un sujet d'étude et de préoccupation qui a progressivement mené à la production d'un large bassin de connaissances, à l'élaboration de lois et de politiques et à la création de services préventifs à visée universelle, sélective et indiquée (voir tableau 7). Le développement des connaissances a permis de rendre compte non seulement de l'ampleur des différentes manifestations d'abus et de négligence et de leur complexité étiologique, mais aussi de leurs impacts sur le développement des enfants, menant la communauté scientifique à identifier la maltraitance envers les enfants comme un réel problème de santé publique [6–8]. Au Québec plus particulièrement, c'est la publication du rapport Bouchard [9] qui a permis de mettre à l'agenda des préoccupations politiques la prévention de l'abus et de la négligence envers les enfants. En 1992, la Politique de la santé et du bien-être (PSBE) reconnaissait l'importance du problème de la violence et de la négligence envers les enfants, et proposait d'en réduire l'incidence durant les 10 ans suivant sa publication. Cette préoccupation a ensuite été réitérée dans le cadre des priorités du Programme national de santé publique en 1997 (1997-2002) [10], puis en 2003 (2003-2012) [11]. Depuis, le Programme national de santé publique ne reconnaît plus explicitement la maltraitance comme un problème sociosanitaire et ne formule pas d'objectif préventif en lien avec ce problème, mais adopte davantage une stratégie globale de développement des enfants et des jeunes [12].

## Définitions et enjeux conceptuels

### La maltraitance envers les enfants

La maltraitance est un concept générique qui englobe toutes les formes de négligence, de violence ou d'abus susceptibles de nuire à la sécurité et à l'intégrité physique et psychologique de l'enfant. Il s'agit à la fois d'actes omis, c'est-à-dire de l'absence de réponse aux besoins d'ordre physique, psychologique et social de l'enfant, et d'actes commis, c'est-à-dire dirigés directement ou indirectement contre celui-ci. Ces actes peuvent également donner lieu à une intervention des services de protection de la jeunesse en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse (LPJ)<sup>1</sup>. Il faut noter que la violence sexuelle, même si elle constitue un motif de compromission prévu dans cette loi, n'est pas considérée dans le présent chapitre (voir chapitre 3).

Au Québec, les modifications apportées à la LPJ et entrées en vigueur 2007 ont permis de mieux définir les diverses formes de maltraitance à partir des travaux de recherche dans le domaine. Ainsi, l'article 38 de la LPJ précise les situations qui compromettent la sécurité ou le développement d'un enfant, incluant l'abandon, la négligence physique (omission de répondre aux besoins alimentaires, vestimentaires, d'hygiène ou de logement), la négligence sanitaire (omission ou risque sérieux d'omission de procurer les soins de santé physique ou mentale nécessaire), la négligence éducative (omission ou risque sérieux d'omission de fournir une surveillance ou un encadrement nécessaire pour assurer la scolarisation), les mauvais traitements psychologiques (lorsque l'enfant subit de façon grave ou continue des comportements tels que l'indifférence, le dénigrement, le rejet affectif, l'isolement, les menaces, l'exploitation et l'exposition à la violence conjugale), et l'abus physique (lorsque l'enfant subit ou encourt un risque sérieux de subir des sévices corporels, ou est soumis à des méthodes éducatives déraisonnables) [13].

### La violence envers les enfants

La notion de méthodes « déraisonnables » pour qualifier les situations d'abus physique est importante puisqu'elle départage, au Québec et au Canada, les conduites de punitions corporelles des conduites abusives qui nécessitent un signalement à la protection de la jeunesse, même si cela est sujet de controverse dans la communauté scientifique [14,15]. L'article 43 du Code criminel canadien<sup>2</sup>, dont la Cour suprême a récemment réitéré le caractère constitutionnel [16], présente des critères qui encadrent la notion de « force raisonnable », au cœur même de la définition des punitions corporelles. Par exemple, la force est considérée raisonnable lorsque : elle est utilisée à l'endroit des enfants âgés entre 2 ans et 12 ans; les enfants peuvent en tirer une leçon; elle n'implique pas d'objets ni de gifles ou de coups portés à la tête; elle n'est pas dégradante, cruelle ou préjudiciable; lorsqu'elle est légère et qu'elle a un effet transitoire et insignifiant; et qu'elle ne résulte pas de la frustration, de l'emportement ou du tempérament violent du parent [15]. Ces critères sont toutefois difficiles à appliquer considérant que les enfants de moins de 2 ans sont parmi ceux les plus souvent victimes de punitions corporelles [17], que la frustration du parent est souvent l'élément déclencheur de la punition corporelle et qu'il est difficile, voire impossible, de juger du caractère léger et transitoire de celle-ci [18]. D'ailleurs, pour plusieurs, le fait de considérer constitutionnel le recours à la force raisonnable dans l'éducation des enfants entraîne des confusions tant juridiques [19], cliniques [20] que citoyennes; la population étant encline à croire que puisqu'il s'agit d'une pratique légitime, elle est donc bénéfique pour l'enfant [14].

---

<sup>1</sup> « Pour l'application de la présente loi, la sécurité ou le développement d'un enfant est considéré comme compromis lorsqu'il se retrouve dans une situation d'abandon, de négligence, de mauvais traitements psychologiques, d'abus sexuels ou d'abus physiques ou lorsqu'il présente des troubles de comportement sérieux. » Loi sur la protection de la jeunesse, L.R.Q., chapitre P-34.1.

<sup>2</sup> « Tout instituteur, père ou mère, ou toute autre personne qui remplace le père ou la mère, est fondé à employer la force pour corriger un élève ou un enfant, selon le cas, confié à ses soins, pourvu que la force ne dépasse pas la mesure raisonnable dans les circonstances. »

Afin de pallier cette dichotomie entre pratiques raisonnables et déraisonnables, plusieurs chercheurs adoptent une perspective de tolérance zéro. Toute punition corporelle est ainsi considérée comme une forme de violence sur la base du fait que même les pratiques courantes, telles qu'une fessée, portent atteinte aux droits fondamentaux des enfants [20,21] et peuvent s'avérer dommageables pour leur développement [22–24]. Cette posture ne fait toutefois pas l'unanimité dans la communauté scientifique en raison notamment des biais à la validité interne qui rendent difficile, voire impossible, l'établissement d'un lien de causalité entre les punitions corporelles et le développement ultérieur des enfants [25,26].

Outre la considération des conséquences sur le développement des enfants comme motif pour déterminer la nature violente des actes commis ou omis, de nombreux chercheurs ont préconisé une approche conceptuelle de la violence axée sur un continuum de gravité, allant des pratiques parentales positives aux pratiques violentes ou abusives, toutes formes confondues – qu'il s'agisse de violence physique, de négligence ou de maltraitance psychologique [27–31]. Or, dans cette perspective d'un continuum, la ligne est parfois mince entre ce que l'on considère comme étant de la discipline et ce qu'on considère comme étant de la violence [18,32], ou entre la réponse adéquate aux besoins de l'enfant et la négligence [33]. Pour cela, différents critères pour statuer sur la gravité ou la chronicité des situations ont été proposés. On retrouve notamment l'âge de l'enfant au premier incident, la persistance, la durée, la fréquence et la récurrence des épisodes de négligence ou de violence [34–36], le cumul des risques familiaux [37] et la cooccurrence des diverses formes de maltraitance [38–40].

## Notions de cooccurrence et de violence multiple

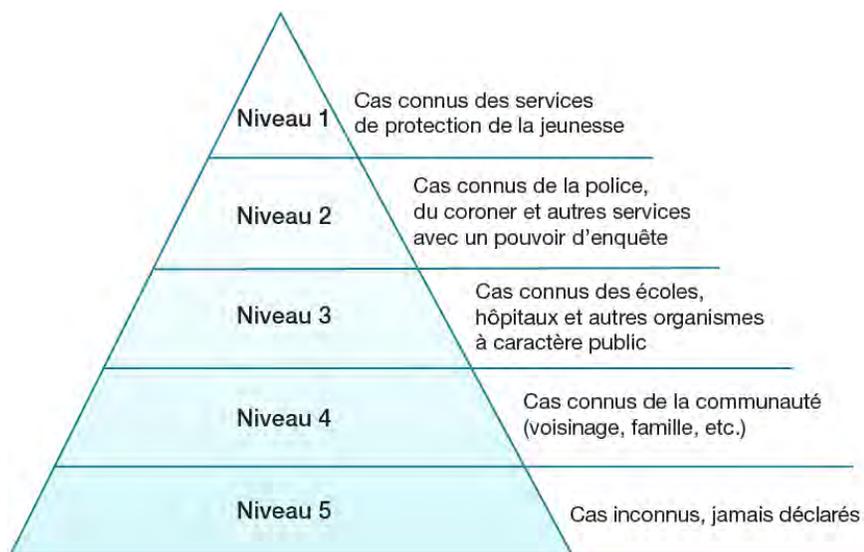
Relativement récente, la notion de cooccurrence, ou de violence multiple, provient du constat à l'effet que les enfants sont rarement victimes d'une seule forme de mauvais traitement dans la famille [39,41–44], et qu'il existe des liens étroits entre la violence parentale et la violence conjugale [45,46]. Dans la même veine, il existe tout un pan de recherches qui s'est intéressé à documenter la trajectoire de victimisation des enfants, que ce soit à l'intérieur même de la famille [47–49], entre autres par la récurrence des signalements à la protection de la jeunesse [50–53], ou à l'extérieur de la famille par l'étude des liens avec d'autres types de victimisation, dont la violence communautaire [54], la violence sexuelle, les voies de fait [47] ou la violence dans les relations amoureuses [55]. Ces différents constats ont mené à une conceptualisation de la maltraitance qui est ainsi passée d'une vision cloisonnée par formes et par types à une vision plus holistique, d'où le développement du concept de polyvictimisation afin de désigner les enfants ayant vécu plusieurs formes de victimisation distinctes dans différentes sphères de leur vie (familiale, scolaire, communautaire) [56,57]. La considération de la cooccurrence des différentes formes et types de violence envers les enfants est désormais incontournable; les études montrant que les expériences de violence multiples vécues par les enfants et les adolescents sont davantage la norme plutôt que l'exception, et que l'accumulation de victimisations entraîne davantage de conséquences sur l'enfant que leurs formes individuelles [58–60]. Pour la plupart des enfants victimes, la maltraitance doit ainsi être considérée comme une condition de vie plutôt qu'un événement ponctuel.

## Ampleur selon les sources de données

Les études épidémiologiques ont eu recours à diverses sources de données pour documenter l'ampleur et l'évolution des différentes formes de maltraitance [61]. Présentées sous la forme d'un iceberg, ces sources de données permettent de documenter la problématique selon le niveau d'identification de la situation (voir figure 1). Au premier niveau, on retrouve les études qui documentent l'ampleur de la maltraitance à partir des cas connus des services de protection de la jeunesse, c'est-à-dire tous les signalements évalués et jugés comme étant fondés. Ces situations, désignées comme « la pointe de l'iceberg », concernent les cas les plus sévères évalués par les intervenants sociaux à la protection de la jeunesse. Au deuxième niveau, on retrouve les études qui documentent le phénomène du point de vue des professionnels avec un pouvoir d'enquête, tels que les corps policiers et les tribunaux, qui sont interrogés afin de documenter l'ampleur des situations. Les études classées au troisième niveau documentent, quant à elles, les cas de violence envers les enfants à partir des cas connus des professionnels sans pouvoir d'enquête, comme ceux étant en contact avec des

familles issues d'établissements tels que les écoles ou les hôpitaux. Enfin, au quatrième niveau, on retrouve les cas de violence documentés dans la population générale et qui ne sont pas toujours connus ni des professionnels, ni des services de protection de la jeunesse. Deux approches sont adoptées dans le cadre de ces études; soit elles questionnent directement les parents ou les enfants sur leur vécu actuel à titre d'agresseurs ou de victimes, soit elles questionnent des adultes sur leur vécu de violence dans l'enfance.

**Figure 1 Niveau de reconnaissance épidémiologique de la maltraitance et de la violence envers les enfants**



Source : Adapté de Sedlak et collab. (2010) [62].

Bien que les études réalisées avec les données des services de protection ne contrôlent pas toujours la récurrence et la duplication des cas rapportés [63], la mesure qu'elles documentent s'apparente généralement à l'incidence, puisqu'il s'agit de tous les cas de mauvais traitements nouvellement signalés aux autorités ou identifiés par les professionnels au cours d'une période donnée [64]. Dans les études populationnelles, la mesure de l'ampleur est le plus souvent désignée comme de la prévalence puisque les schèmes transversaux utilisés rendent difficile l'établissement du caractère de nouveauté des situations déclarées. Deux périodes de temps sont généralement liées à l'estimation de la prévalence dans ces études, soit la prévalence annuelle, qui estime la proportion d'enfants victimes au cours d'une année, ou la prévalence à vie, qui estime la proportion d'individus victimes dans leur enfance [65].

## Données recueillies auprès des services de protection

Le Québec figure parmi les rares endroits dans le monde où sont réalisées périodiquement des études d'incidence auprès des services de protection afin de documenter non seulement la fréquence, mais aussi la nature et la sévérité des situations connues de ces services. Les gouvernements étatsunien et australien publient chaque année des statistiques annuelles à partir des données administratives consignées dans leurs systèmes d'information, mais ces données offrent généralement peu de renseignements sur la sévérité des cas, le profil psychosocial des enfants maltraités et les caractéristiques de leur milieu de vie. À notre connaissance, seules deux études, réalisées périodiquement aux États-Unis et aux Pays-Bas, vont au-delà des données administratives en interrogeant les professionnels des services de protection et ceux travaillant dans d'autres secteurs de services [62,66].

L'Étude d'incidence québécoise sur les situations évaluées en protection de la jeunesse (ÉIQ) a été réalisée environ aux cinq ans depuis 1998 [67–71]. Elle est financée conjointement par le ministère de la Santé et des Services sociaux, par les deux instituts universitaires dans le domaine de la jeunesse et par l'Agence de la santé publique du Canada. L'objectif principal de ces études est de produire des estimations fiables du nombre d'enfants québécois qui sont signalés et reconnus par les services comme étant en besoin de protection durant l'année ciblée. Elle vise également à : 1) décrire la nature et la sévérité des situations, notamment en ce qui a trait aux blessures physiques et aux séquelles psychologiques, de même que les caractéristiques des enfants et de leur milieu de vie, et certaines décisions rendues à court terme dans le processus de protection; 2) examiner l'évolution de l'incidence dans le temps; et 3) comparer la situation avec celle qui prévaut dans d'autres juridictions ayant des systèmes de protection similaires. À chacun des cycles de l'ÉIQ, un échantillon représentatif des enfants signalés entre le 1<sup>er</sup> octobre et le 31 décembre et dont la situation est retenue pour évaluation est constitué. Les intervenants ayant la responsabilité d'évaluer ces signalements en vertu de la LPJ doivent remplir le formulaire d'enquête de l'ÉIQ au terme du processus d'évaluation. Jusqu'à trois formes de maltraitance peuvent être documentées grâce à ce formulaire. Les autres dimensions documentées font partie des renseignements habituellement colligés par les intervenants dans le cadre de leurs fonctions, et ne nécessitent pas de collecte d'information additionnelle auprès des enfants et de leur famille. Les données ainsi recueillies sur une fenêtre de trois mois sont annualisées de manière à estimer la proportion d'enfants québécois, connus des services de protection, ayant subi des mauvais traitements durant l'année ciblée.

D'un cycle à l'autre de l'ÉIQ, des changements ont été apportés à la procédure de collecte de données et au formulaire d'enquête, dans la perspective d'améliorer l'étude tout en conservant le maximum de comparabilité avec les cycles antérieurs. Le tableau 1 présente les particularités des différents cycles de l'ÉIQ.

**Tableau 1 Particularités des différents cycles de l'Étude d'incidence québécoise sur les situations évaluées en protection de la jeunesse (ÉIQ)**

	ÉIQ-1998 [70]	ÉIQ-2003 [71]	ÉIQ-2008 [67,69]	ÉIQ-2014 [68]
Nombre de Centres jeunesse participants	16/16	9/16	16/16	16/16
Période de collecte	1 <sup>er</sup> octobre au 31 décembre 1998	1 <sup>er</sup> octobre au 31 décembre 2003	1 <sup>er</sup> octobre au 31 décembre 2008	1 <sup>er</sup> octobre au 31 décembre 2014
Nombre de situations évaluées	4 929	4 433	3 079	4 011
Instrument	Formulaire d'enquête papier-crayon	Extraction des données du système informatisé PIJ	Formulaire électronique intégré au système d'information PIJ	Formulaire électronique interactif (Web), indépendant du système d'information PIJ
Comparaison dans le temps	Possible	Impossible	Possible	Possible

Le tableau 2 présente l'évolution dans la fréquence des formes de maltraitance jugées fondées par les services de protection du Québec. La forme de maltraitance la plus souvent confirmée est la négligence, et ce, peu importe l'année visée par l'étude. En 2014, on estime que 4,0 enfants pour mille dans la population québécoise étaient connus des services de protection comme étant victimes de négligence [68]. Toutefois, cette forme de maltraitance a diminué considérablement depuis 1998, où elle atteignait 5,6 enfants pour mille [67,68]. L'exposition à la violence conjugale, qu'elle soit de nature physique ou psychologique, arrive au second rang en 2014, avec 3,2 enfants pour mille. Contrairement à la négligence, cette problématique est en apparente augmentation depuis 1998. L'abus physique a connu une augmentation entre 1998 et 2014 (passant de 1,9 à 2,9 pour mille). Les mauvais traitements psychologiques, qui concernaient 1,3 enfant pour mille en 1998, ont augmenté pour atteindre 1,6 enfant pour mille en 2014 [67–69]. Ces tendances doivent être interprétées avec nuance, considérant la multitude de facteurs qui peuvent y contribuer (voir section *Mise en contexte des données de fréquence* pour plus de détails).

Par ailleurs, l'évolution dans certaines caractéristiques des mauvais traitements jugés fondés, toutes formes confondues, suggère une diminution dans la sévérité de la maltraitance connue des services (tableau 3). Que ce soit sur le plan des blessures physiques, des séquelles psychologiques, de la cooccurrence des formes de maltraitance ou de la durée des mauvais traitements au moment du signalement (incidents isolés ou répétés), on observe une diminution des taux d'enfants concernés entre 1998 et 2014. Depuis 2008, les blessures ont continué de diminuer en fréquence, mais le taux d'enfants qui vivent la maltraitance de manière répétée a augmenté, passant de 8,1 à 9,7 pour mille, de même que le taux d'enfants présentant des séquelles psychologiques, passant de 3,3 à 3,7 pour mille [68].

**Tableau 2 Incidence de la maltraitance jugée fondée par les services de protection du Québec en 1998, 2008 et 2014**

	1998 ‰	2008 ‰	2014 ‰
Mauvais traitements psychologiques	1,3*	1,8	1,6*
Abus physique	1,9*	2,8	2,9*
Négligence	5,6*	3,4*	4,0*
Exposition à la violence conjugale	1,2*	2,6*	3,2*

Test z pour la différence de proportion en 1998 (1998 par rapport à 2008), en 2008 (2008 par rapport à 2014) et en 2014 (1998 par rapport à 2014).

\*  $p \leq 0.000001$ .

Sources : Études d'incidence québécoise sur les situations évaluées en protection de la jeunesse, 2008 et 2014 [67–69].

**Tableau 3 Sévérité de la maltraitance jugée fondée par les services de protection du Québec en 1998, 2008 et 2014**

	1998 ‰	2008 ‰	2014 ‰
Cooccurrence de plusieurs formes de maltraitance	4,4*	2,6	2,5*
Présence de blessure physique liée à la maltraitance	2,1*	1,5*	1,2*
Présence de séquelle psychologique liée à la maltraitance	6,6*	3,3*	3,7*
Chronicité de la maltraitance (incidents répétés)	10,4*	8,1*	9,7*

Test z pour la différence de proportion en 1998 (1998 par rapport à 2008), en 2008 (2008 par rapport à 2014) et en 2014 (1998 par rapport à 2014)

\*  $p \leq 0.000001$ .

Sources : Études d'incidence québécoise sur les situations évaluées en protection de la jeunesse, 2008 et 2014 [67–69].

## Données issues des enquêtes populationnelles

Au Québec, il existe peu d'études épidémiologiques en maltraitance réalisées au deuxième et troisième niveau, c'est-à-dire auprès des professionnels avec ou sans pouvoir d'enquête. Quelques exercices d'exploitation de données administratives policières québécoises ont bien été réalisés, mais celles-ci demeurent limitées quant à la validité et à la fiabilité des indicateurs de violence envers les enfants qu'elles contiennent [72]. Des exercices d'analyses des dossiers du coroner sur les cas de commission de filicide ont aussi été réalisés au Québec, mais cela concerne uniquement les cas extrêmes de maltraitance [73,74]. Enfin, il y a 15 ans, une étude de faisabilité avait aussi été menée auprès des enseignants du primaire pour documenter l'ampleur de la maltraitance [75], mais aucune suite n'a été donnée. En revanche, le Québec dispose depuis 20 ans de plusieurs enquêtes populationnelles qui ont permis de rendre compte de l'ampleur et de l'évolution de la violence à l'endroit des enfants selon un continuum de gravité. Ces enquêtes présentent plusieurs avantages, dont la représentativité des échantillons et l'inclusion des pères, l'inclusion d'un large éventail d'indicateurs de violence documentés auprès de parents, dont les attitudes parentales, permettant de dresser un portrait global et représentatif des dynamiques familiales associées à la violence. Elles se distinguent des enquêtes québécoises réalisées auprès des adultes de la population générale qui portent sur l'estimation de l'ampleur de diverses formes de violence vécue dans l'enfance, le plus souvent à partir d'une seule question [76,77].

La première étude d'importance a été réalisée sous forme d'entrevues face à face auprès d'un sous-échantillon de 812 personnes représentant des figures maternelles d'enfants âgés entre 3 ans et 17 ans, tiré des répondants à l'Enquête sociale et de santé, financée par le ministère de la Santé et des Services sociaux en 1992 [78]. Bien que cette première étude provinciale n'ait pas permis de joindre un échantillon représentatif de familles, l'examen des données a démontré l'importance d'une telle enquête en contexte québécois et la validité de la traduction et de l'adaptation française de l'instrument *Conflict Tactics Scales* pour documenter le recours à la violence parentale [78-80], devenu par la suite le *Parent-Child Conflict Tactics Scales* (PCCTS) [81]. Sur le plan international, cet instrument est le plus souvent utilisé dans l'étude de la violence intrafamiliale. C'est celui qui a été choisi et adapté dans le cadre des enquêtes populationnelles réalisées au Québec.

À la suite de cette première expérience, deux enquêtes provinciales ont suivi à cinq ans d'intervalle. Représentatives de l'ensemble des ménages québécois ayant au moins un enfant mineur, elles ont été réalisées par l'Institut de la statistique du Québec (ISQ) afin de documenter la prévalence de la violence envers les enfants auprès de 2469 figures maternelles en 1999, et de 3 148 figures maternelles et de 953 figures paternelles en 2004. Pour ces deux enquêtes, la collecte de données a été menée par une firme de sondage à l'aide d'entrevues téléphoniques assistées par ordinateur [82,83].

La troisième enquête, réalisée en 2012, a permis de joindre, pour sa part, 4 029 figures maternelles et 1 342 figures paternelles vivant avec au moins un enfant âgé entre 6 mois et 17 ans. Cette troisième enquête a été réalisée suivant la même procédure que les précédentes, à l'exception du recours aux listes de la Régie des rentes du Québec (RRQ; programme de soutien aux enfants de la province) pour la création de la base de sondage [84]. Contrairement aux deux enquêtes précédentes, les enfants âgés de moins de 6 mois ont été exclus en raison d'une moins bonne couverture par la base de sondage (ex. : délais d'inscription à la RRQ). Or, des analyses ont permis de montrer que le changement de base de sondage n'affecte pas les analyses de comparaison entre les trois enquêtes au regard des conduites parentales déclarées. À noter que même si des pères ont répondu aux enquêtes de 2004 et de 2012, les taux de prévalence annuelle estimés à l'aide du PCCTS sont présentés, à ce jour, uniquement à partir des déclarations des figures maternelles pour des raisons de comparabilité avec la première enquête. Une autre particularité de ces enquêtes est d'avoir questionné les répondantes sur les conduites commises à l'endroit d'un enfant par l'ensemble des adultes du ménage; il est donc impossible d'inférer aux figures maternelles la violence rapportée [84].

**Tableau 4 Prévalence de la violence familiale envers les enfants au Québec en 1999, 2004 et 2012**

	1999 %	2004 %	2012 %
Agression psychologique	78,5	79,6	80,2
Agression psychologique répétée	48,1*	52,4*	49,1
Punition corporelle	47,7*	42,9*	34,7*
Violence physique sévère	6,5	6,3	5,6
Négligence			
Enfants 6 mois-4 ans	--	--	25,9
Enfants 5-9 ans	--	--	29,4
Enfants 10-15 ans	--	--	20,6
Exposition à des conduites de violence conjugale	--	--	27,0
Cooccurrence (agression psychologique et punition corporelle)	38,5*	35,2*	28,8*
Cooccurrence (agression psychologique, punition corporelle et violence physique sévère)	5,6	4,9	4,2**

Test z pour la différence de proportion en 1999 (1999 par rapport à 2004), en 2004 (2004 par rapport à 2012) et en 2012 (1999 par rapport à 2012).

\*  $p \leq 0.001$ ; \*\*  $p \leq 0.05$ .

Sources : Institut de la statistique du Québec, La violence familiale dans la vie des enfants du Québec, 2012 – Les attitudes parentales et les pratiques familiales [84].

Les taux d'agression psychologique sont similaires dans les trois enquêtes avec environ 80 % des enfants victimes annuellement (tableau 4). Comme les pratiques de crier ou de sacrer après un enfant sont encore courantes au Québec, un indicateur de sévérité a été créé afin de mesurer leur recours répété au cours d'une année (trois fois ou plus). À cet effet, les résultats montrent que la proportion d'enfants qui ont vécu l'agression psychologique de façon répétée était de 49,1 % en 2012, un écart non significatif avec les données de l'enquête de 1999 (48,1 %) et une diminution légèrement significative par rapport à 2004 (52,4 %). Lorsque chaque conduite est analysée séparément, on observe que seules les conduites d'insultes et les menaces de fessée dirigées ont diminué entre 2004 et 2012 [17].

En ce qui concerne les taux de prévalence annuelle de la punition corporelle, les données montrent que la tendance à la baisse dégagée entre 1999 et 2004 s'est poursuivie en 2012 [85]. Alors que les enfants la subissaient dans une proportion de 47,7 % en 1999, ils étaient 42,9 % à la subir en 2004, puis 34,7 % en 2012. Les données des trois enquêtes n'ont pas montré de différences significatives dans la survenue de la violence physique sévère, forme de violence considérée assez sévère qu'elle pourrait être comparable à l'abus physique tel que défini dans la LPJ. En effet, les taux de prévalence sont restés stables avec environ 6 % des enfants victimes dans les trois enquêtes.

L'enquête de 2012 a permis, pour la première fois, d'estimer l'ampleur des conduites de négligence parentale et de l'exposition des enfants à des conduites violentes entre conjoints dans la population générale québécoise. Concernant la négligence, les taux ont été estimés à l'aide de la traduction française de la version brève de l'Échelle multidimensionnelle des conduites de négligence parentale [86], pour laquelle chaque forme (émotionnelle, cognitive, surveillance et physique) est documentée par la fréquence estimée (variant de *jamais* à *tout le temps*) de diverses situations que peut vivre l'enfant (ex. : « Manquer de nourriture à la maison pour l'enfant », « Un parent accorde de l'importance aux travaux scolaires ») et qui varient selon la catégorie d'âge de l'enfant [87]. Les taux de prévalence annuelle de négligence, toutes formes confondues, varient de 20,6 % à 29,4 % selon l'âge des enfants (tableau 4). À noter toutefois que cet instrument comporte de nombreuses limites qu'il importe de considérer, dont la formulation de certaines questions qui semblent moins bien adaptées au contexte québécois [88]. Enfin, en ce qui concerne l'exposition à des conduites violentes entre conjoints, mesurée à l'aide de l'adaptation d'items tirés du *Juvenile Victimization Questionnaire* [89], ce sont un peu plus du quart (27 %) des enfants qui ont été exposés à de la violence de nature verbale, psychologique ou physique entre leurs parents ou entre un parent et son partenaire au cours de l'année [84].

## Mise en contexte des données de fréquence

Au Québec, les trois premiers cycles de l'ÉIQ ont pris place dans le cadre de *l'Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants (ÉCI)*, une initiative pancanadienne où chaque province et territoire poursuivait les mêmes objectifs avec une méthodologie comparable. Ainsi, des données comparatives sont disponibles pour l'ensemble du Canada et pour d'autres provinces [90–96]. Ces données révèlent que les taux de négligence, de maltraitance psychologique et d'exposition à la violence conjugale observés au Québec sont en deçà de ceux observés en Ontario et en Alberta, alors que les taux d'enfants québécois maltraités physiquement sont plus élevés que ceux rapportés dans ces deux autres provinces [91,93]. En dehors du Canada, les rares estimations d'incidence de la maltraitance connue des services de protection sont dérivées de l'analyse secondaire de données administratives. Ces analyses indiquent que depuis les deux ou trois dernières décennies, la plupart des formes de maltraitance sont en décroissance aux États-Unis [97], alors que dans d'autres pays comme la Suisse, l'Angleterre, l'Australie et la Nouvelle-Zélande, les résultats tendent plutôt vers une stabilisation dans la plupart des taux d'incidence mesurés [98].

Bien que les systèmes de protection des provinces canadiennes, des États-Unis et de l'Australie partagent des points communs, les différences observées entre les taux doivent être interprétées avec prudence [99]. Plusieurs facteurs peuvent contribuer aux tendances observées dans l'incidence de la maltraitance connue des services de protection, notamment les changements dans les pratiques, la définition des formes de maltraitance, la structure organisationnelle des établissements, la démographie, l'accès aux ressources de première ligne, la législation et la prévention. Les particularités du système québécois, telles que l'inclusion des troubles de comportement sérieux du jeune comme un motif de compromission pouvant justifier l'intervention des services de protection, de même que la présence d'une étape de présélection systématique des signalements visant entre autres à rediriger vers d'autres ressources les situations qui ne répondent pas aux critères de la LPJ, doivent être prises en considération dans l'interprétation des tendances.

Sur le plan populationnel, les taux de prévalence annuelle de violence physique et psychologique examinés en fonction de l'âge des enfants [17] sont similaires à ceux rapportés dans les plus récentes études canadiennes [100] et américaines [101–104]. En outre, la diminution observée au sujet du recours à la punition corporelle au Québec suit la même tendance que ce qui est observé au Canada [232] et aux États-Unis [105]. Au regard des insultes dirigées vers l'enfant, les taux québécois sont aussi similaires à ceux obtenus par Finkelhor et ses collaborateurs, qui en observent une diminution significative dans leurs enquêtes populationnelles américaines conduites en 2003 et en 2008 [101].

En ce qui concerne la prévalence annuelle de l'exposition des enfants à des conduites violentes entre conjoints, qu'elles soient de nature psychologique ou physique, les données québécoises sont aussi comparables à ce que d'autres enquêtes américaines ont montré [101,106]. Au Québec, une enquête réalisée auprès d'un échantillon de parents d'enfants âgés de 2 à 11 ans avait d'ailleurs aussi trouvé, en 2011, un taux annuel d'exposition à des menaces de destruction d'objets entre conjoints de 3,5 % et d'exposition à des gestes physiques, tels que pousser ou frapper un conjoint, de 1,5 % [59]. Enfin, en ce qui concerne la négligence, les résultats obtenus dans l'enquête de 2012 [17] font écho à ceux obtenus dans deux enquêtes comparables américaines [81,107], bien que peu d'études populationnelles aient à ce jour permis de la documenter auprès des parents de la population générale.

Bien que l'analyse comparée des données recueillies auprès des services de protection et des données issues des enquêtes populationnelles ne soit pas l'objet du présent chapitre, la mise en parallèle de ces résultats soulève d'intéressantes questions. D'abord, il y a un écart considérable entre l'ampleur des estimations issues des deux sources de données, faisant écho aux constats que d'autres ont déjà faits [66,98,108].

En grande partie parce qu'elles permettent d'identifier des situations de maltraitance qui ne seront jamais signalées ou dévoilées aux autorités médicales et sociales, les enquêtes populationnelles produisent des prévalences qui peuvent être de 30 à 90 fois plus élevées que les taux estimés à partir des cas connus des services de protection de la jeunesse [108]. S'il est clair que les taux calculés à partir des cas connus des services de protection sous-estiment l'ampleur réelle de la maltraitance, le sens du biais attribuable aux mesures autorapportées des enquêtes populationnelles l'est moins. En effet, si les notions de chronicité, qui sont inhérentes à la maltraitance psychologique et à la négligence émotionnelle, ne sont pas considérées dans les définitions de ces formes de maltraitance, les prévalences qui en résultent pourraient surestimer l'ampleur réelle du phénomène. De plus, les enquêtes populationnelles reposent sur la perspective du parent, ce qui peut introduire certains biais. C'est pourquoi la plupart des experts en épidémiologie de la maltraitance s'entendent pour dire que les deux types d'études sont nécessaires pour guider les efforts d'intervention et de prévention. Certains soulignent également que davantage de recherches devraient s'attarder à analyser ces écarts [108].

D'ailleurs, on constate qu'au Québec, comme ailleurs dans le monde, les deux types de données pointent dans le sens d'une stabilité ou d'une diminution de la fréquence des mauvais traitements. On peut voir cela comme un signe encourageant, mais cela peut également sembler bien peu considérant l'ampleur des efforts qui sont déployés en prévention.

## Facteurs de risque de la maltraitance

Les études dans le domaine de la maltraitance ont été influencées par divers courants théoriques issus de la médecine, de la psychologie, de l'éducation, du travail social, de la criminologie et de la sociologie. Ces disciplines ont amené leur bagage de modèles théoriques qui ont alimenté le développement des connaissances sur les causes possibles de la maltraitance. Pensons notamment aux premières théories explicatives axées sur les psychopathologies parentales, puis aux théories de l'attachement et de l'apprentissage social qui ont été invoquées dans l'analyse de transmission intergénérationnelle de la maltraitance. D'autres modèles plus globaux ont aussi été considérés, tels que les modèles culturels et sociostructurels qui ont mis de l'avant le rôle des normes dans le recours à la violence, ainsi que le rôle du stress et de l'inégalité sociale engendré par le fait d'appartenir à des classes sociales plus défavorisées [27,109].

Tirant profit de l'intégration de connaissances issues des différents modèles théoriques, les études étiologiques dans le domaine de la maltraitance postulent qu'elle n'est pas le résultat d'un seul facteur, mais qu'elle s'explique davantage par des causes multiples et interreliées [110,111]. On reconnaît l'importance d'une vision plus holistique qui conçoit le bien-être de l'enfant, ou à l'inverse sa maltraitance, comme la résultante des relations continues et réciproques entre ses caractéristiques et celles des multiples milieux dans lesquels il vit [112,113]. Selon cette perspective, adaptée des approches écologique et transactionnelle [114,115], la maltraitance est considérée comme le produit de la juxtaposition et de l'influence mutuelle de divers facteurs (individuels, familiaux, socioéconomiques et culturels). Les notions d'équifinalité et de multifinalité<sup>3</sup> prennent ici tout leur sens puisqu'on reconnaît qu'il existe, d'une part, des causes multiples à une même forme de maltraitance et, d'autre part, qu'une même cause peut mener à diverses formes de maltraitance. Le tableau 5 présente les principaux facteurs de risque documentés à ce jour dans le domaine selon qu'ils concernent l'individu, la famille ou la sphère sociale, économique et culturelle.

---

<sup>3</sup> Selon l'approche systémique, l'équifinalité désigne la capacité à atteindre un même état final à partir de différents points de départ, alors qu'inversement, la multifinalité désigne la capacité à atteindre différents états à partir de points de départ similaires.

**Tableau 5 Principaux facteurs de risque associés à la maltraitance [116–124]**

<b>Facteurs individuels (enfants)</b>
Sexe (garçon) et âge (jeune)
Troubles externalisés (ex. : troubles de comportement)
Troubles internalisés (ex. : dépression, anxiété)
Problèmes médicaux (ex. : prématurité, retards de développement)
Faibles compétences sociales
<b>Facteurs individuels (parents)</b>
Grossesse non désirée
Tempérament du parent (ex. : agressif, impulsif)
Troubles de santé mentale (ex. : dépression, anxiété)
Consommation abusive (ex. : abus d'alcool, de drogues)
Faible niveau d'empathie
Attitudes d'attribution négatives
Faible estime de soi
Stress parental (ex. : enfant perçu difficile, faible sentiment de compétence parentale)
Événements de vie stressants (ex. : divorce, problèmes de santé, problèmes légaux)
Maltraitance dans l'enfance/relation difficile avec parents
Activité criminelle (ex. : comportement violent)
<b>Facteurs familiaux</b>
Relation parent-enfant difficile (ex. : troubles de l'attachement)
Pratique coercitive (ex. : punition corporelle)
Conflits familiaux
Faible satisfaction conjugale
Violence conjugale
Faible cohésion familiale
<b>Facteurs socioéconomiques et culturels</b>
Monoparentalité
Plusieurs enfants vivant sous le même toit
Faible soutien social
Sans emploi (ex. : chômage, aide sociale)
Faible statut socioéconomique (ex. : pauvreté, quartier défavorisé, mobilité résidentielle)
Normes légales et culturelles (ex. : tolérance envers la violence, loi, perception de l'enfant)
<b>Facteurs temporels</b>
Événements de vie stressants (ex. : divorce, problèmes de santé, problèmes légaux)
Entrée à l'école (primaire et secondaire)

Parmi l'ensemble des facteurs recensés, certains sont davantage associés à des formes spécifiques de maltraitance. Par exemple, les facteurs reliés aux perturbations des relations familiales (ex. : conflits, niveau de cohésion) sont plus souvent associés à l'abus physique [125], alors que les facteurs économiques ou de l'ordre des psychopathologies parentales sont plus étroitement associés à la négligence [121,123]. Du côté de l'exposition des enfants à la violence conjugale, les facteurs de risque connus proviennent essentiellement des études en violence conjugale qui ont surtout porté sur les caractéristiques des agresseurs (ex. : maltraitance dans l'enfance, consommation abusive, troubles de santé mentale tels qu'une personnalité antisociale), ce qui n'exclut pas le rôle des facteurs socioéconomiques et culturels moins souvent documentés [126]. Par ailleurs, la recension de Coulton et ses collaborateurs suggère que les caractéristiques de l'enfant, des parents et de la famille expliquent davantage l'apparition de la maltraitance que les caractéristiques structurelles (ex. : défavorisation, démographie, stabilité) et dynamiques (ex. : ressources disponibles, organisation sociale) du voisinage [127].

L'analyse des facteurs de risque de la maltraitance ne peut se faire sans considérer les éléments de chronicité et de cooccurrence entre les diverses formes. Par exemple, les études ont montré que la négligence chronique, c'est-à-dire celle qui s'échelonne sur plusieurs années, est davantage associée à des facteurs tels que la maltraitance, les placements vécus dans l'enfance des parents et les troubles de santé mentale [37], alors que la négligence plus transitoire est surtout associée à des problèmes économiques et à un mode de vie chaotique des parents caractérisé par la violence conjugale, la toxicomanie et l'implication dans des activités criminelles [128,129]. En ce qui concerne l'abus physique, des études ont aussi montré que lorsqu'on considère la présence de cooccurrence avec d'autres formes de maltraitance, le profil des situations apparaît beaucoup plus problématique. Les enfants sont plus nombreux à être connus des services de protection, à présenter des troubles de comportement et à vivre dans une famille défavorisée sur les plans social et économique et où sévit la violence conjugale [130]. Par ailleurs, les situations d'abus physique sans cooccurrence sont davantage associées aux châtiments corporels utilisés en contexte disciplinaire et aux normes culturelles telles que notées dans les études de Larrivée et ses collaborateurs [43] et de Clément et ses collaborateurs [61]. Ces constats, selon lesquels une même forme de maltraitance peut s'expliquer par une combinaison de divers facteurs, ont donné lieu depuis les dernières décennies à des approches de recherche par typologies ou profils familiaux. Ainsi, plutôt que de classer et d'analyser les situations selon les formes de maltraitance pour en connaître les causes, ces études tentent de dégager les profils familiaux sous-jacents à une forme ou l'autre de maltraitance ou à la combinaison de plusieurs d'entre elles [61,128,131]. De telles approches, centrées sur les personnes, permettent notamment d'apprécier l'importance des situations de cooccurrence et de mieux comprendre les divers profils sous-jacents aux mêmes situations de maltraitance, ce que ne permettent pas de faire les analyses traditionnelles (centrées sur les variables) réalisées en vase clos.

Dans la philosophie des modèles écologique et transactionnel, plusieurs études ont opté pour une approche par cumul des risques personnels, familiaux et socioéconomiques pour expliquer la maltraitance [132]. Ces études ont montré, parfois même de manière longitudinale, qu'aucun facteur de risque unique ne permet de prédire la maltraitance aussi fortement que le total cumulé des risques auxquels peut faire face la famille [133–136]. Aussi, plus le nombre de facteurs de risque augmente, plus grandes sont les probabilités de maltraitance envers l'enfant [137–139]. Considérant la robustesse des modèles par cumul pour expliquer la maltraitance, certains chercheurs suggèrent qu'une telle approche serve au dépistage des situations à risque [137].

## Conséquences à court et à long terme de la maltraitance

Les effets à court et à long terme de la maltraitance sur la santé mentale et physique ainsi que sur le développement cognitif et neurobiologique sont importants, et ce, peu importe la forme [140–142]. Le tableau 6 présente une synthèse de l'ensemble des effets selon la sphère développementale concernée. À noter que, tout comme c'est le cas pour les facteurs de risque, la trajectoire développementale des enfants victimes de maltraitance doit être envisagée à la lumière des notions d'équifinalité et de multifinalité; les différentes formes pouvant mener à des conséquences similaires ou, inversement, une même forme pouvant mener à des conséquences différentes, selon les cas [143–146]. Par ailleurs, les impacts différenciés de la maltraitance sont aussi inhérents à leur chronicité et à leur cooccurrence. Ainsi, plus une forme de maltraitance est considérée comme sévère, qu'elle se présente tôt dans la vie de l'enfant, qu'elle est récurrente et qu'elle survient en cooccurrence avec d'autres formes, plus les impacts à court et à long terme sont importants [35,141,143,146,147] et irréversibles au plan neurobiologique [140].

**Tableau 6 Principales conséquences à court et à long terme de la maltraitance [140–142,146,148–152]**

	Court terme (enfance)	Long terme (adolescence et âge adulte)
<b>Socioaffectif</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Troubles internalisés (ex. : faible estime de soi, isolement, anxiété, dépression)</li> <li>▪ État de stress post-traumatique</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Faibles habiletés sociales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Antipathie</li> <li>▪ Troubles de l'humeur</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Difficultés dans la reconnaissance et la compréhension des émotions</li> <li>▪ Troubles externalisés (ex. : agressivité, conduite antisociale/délinquante, impulsivité, hyperactivité)</li> </ul>	
<b>Comportemental</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Abus de substances (ex. : drogues, alcool)</li> <li>▪ Comportements sexuels à risque/ Infections transmises sexuellement (ITS)</li> </ul>
<b>Cognitif</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Problèmes de langage (ex. : retard de langage, prononciation difficile)</li> <li>▪ Déficits au niveau des fonctions cognitives (ex. : apprentissage, attention, mémoire, fonctions exécutives, fonctions visuo-spatiales, résolution de problèmes, raisonnement abstrait)</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Difficultés scolaires</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Décrochage scolaire</li> </ul>
<b>Neurobiologique</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dérèglement des systèmes biologiques de réponse au stress</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Altération de la maturation du cerveau</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Vulnérabilité au développement de maladies psychiatriques</li> </ul>
<b>Physique</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Blessures physiques et retards développementaux</li> <li>▪ Troubles alimentaires (ex. : obésité, boulimie, retard de croissance)</li> <li>▪ Maladies pulmonaires chroniques (ex. : asthme)</li> <li>▪ Maladies cardiovasculaires (ex. : cardiopathies ischémiques)</li> <li>▪ Syndrome du côlon irritable</li> </ul>	

Un autre élément important à considérer dans l'analyse de la trajectoire développementale des enfants victimes de maltraitance concerne le cumul des expériences vécues à la fois en raison de la cooccurrence des différentes formes de maltraitance, ou en raison de leur combinaison avec d'autres événements de vie aversifs considérés comme ayant un potentiel traumatique (ex. : vivre un désastre naturel, décès, incarcération ou hospitalisation d'un parent). À cet égard, les résultats des études sur la polyvictimisation soulignent que l'accumulation des victimisations, incluant la maltraitance, est plus importante que leurs

formes individuelles pour expliquer les troubles internalisés ou externalisés [59,153]. Dans la même veine, certains chercheurs postulent que les facteurs de risque présents dans la famille contribuent également à expliquer les impacts de la maltraitance sur l'enfant [134,135]. Le cumul peut aussi concerner les expériences de maltraitance qui s'échelonnent et évoluent tout au long de l'enfance et de l'adolescence; on sait d'ailleurs que la maltraitance est un facteur de risque connu de la revictimisation [49] et de la polyvictimisation. En outre, les risques de victimisation répétée sont d'autant plus importants lorsque la première victimisation a été vécue en bas âge comparativement à l'adolescence [49]. Les résultats de l'étude québécoise de Cyr et ses collaborateurs indiquent aussi que les deux catégories de victimisation les moins prévalentes, soit la victimisation sexuelle et la maltraitance, ont été vécues de manière disproportionnée par les polyvictimes en comparaison des jeunes non-polyvictimes [59]. Finkelhor et ses collaborateurs ont aussi souligné que ces deux catégories de victimisation pourraient indiquer un risque d'exposition accrue à la victimisation plus large [47]. Enfin, l'effet cumulatif peut être transporté à l'âge adulte et contribuer ainsi au cycle de l'adversité et de la violence [154].

## Prévention de la maltraitance

Il est largement convenu que les différentes formes de maltraitance envers les enfants constituent un problème social important qui commande non seulement des interventions réactives ou curatives, mais aussi des interventions préventives [155,156]. Compte tenu de l'importance des coûts individuels et sociaux associés à la maltraitance [157–159] et de sa propension à se reproduire d'une génération à l'autre [160], l'idée d'intervenir en amont du problème s'est rapidement imposée aux experts dans le domaine. La prévention de la maltraitance est d'ailleurs reconnue comme une priorité par diverses autorités de santé publique, comme les Centers for Disease Control and Prevention (CDC) [161,162] et l'Organisation mondiale de la santé [163–165].

La prévention consiste à éliminer ou à réduire les facteurs de risque qui favorisent l'apparition d'un problème, tout en renforçant les capacités individuelles et collectives à faire face au stress et à l'adversité [166,167]. Dans le cas de la maltraitance, il s'agit de mettre en place des conditions individuelles, familiales, communautaires, économiques et sociales propices à de saines relations parent-enfant afin que, de la naissance à l'adolescence, le plus grand nombre d'enfants possible puissent grandir au sein d'une famille exempte de dynamiques coercitives, violentes, abusives ou négligentes. Au Québec, bien que le dernier Programme national de santé publique (PNSP) 2015-2025 ne comporte pas d'objectifs spécifiques visant la prévention de la maltraitance, il inclut un axe d'intervention sur le développement global des enfants et des jeunes, et promulgue certaines mesures susceptibles d'avoir un effet préventif sur la maltraitance. Parmi celles-ci, notons les services de soutien aux pratiques parentales, les Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) (accompagnement des familles vulnérables par l'entremise de visites à domicile, création d'environnements favorables à ces familles), les collaborations intersectorielles entre les divers acteurs du domaine enfance-famille, et la mise en œuvre de politiques publiques pour améliorer les conditions de vie des familles et l'accès aux services de garde éducatifs à l'enfance.

Ces mesures comptent parmi celles qui sont prônées par les CDC dans leur « trousse technique » visant la prévention des abus et négligences envers les enfants [168]. Cette trousse identifie cinq grandes catégories de stratégies préventives dont l'efficacité est soutenue par des preuves scientifiques : (1) renforcer le **soutien économique** aux familles; (2) changer les **normes sociales** en faveur du soutien aux parents et aux pratiques parentales positives; (3) fournir aux enfants **des soins et de l'éducation de qualité tôt dans la vie**; (4) rehausser les **habiletés parentales** pour promouvoir le développement de l'enfant; et (5) **réduire les méfaits** de la maltraitance de façon à prévenir les risques futurs. Pour un effet préventif optimal, les auteurs estiment que ces cinq stratégies ont avantage à être combinées, car les unes tendent à renforcer les effets des autres.

Mis à part la dernière stratégie qui s'adresse clairement à un groupe à haut risque conséquemment à un vécu de maltraitance, les autres stratégies s'envisagent très bien dans une perspective populationnelle. Plusieurs experts estiment d'ailleurs que les initiatives de prévention de la maltraitance devraient adopter une telle perspective [169,170], graduée en fonction du niveau de risque et des besoins présentés par les familles. Autrement dit, pour reprendre la terminologie de Gordon [171] et de Mrazek et Haggerty [172], les stratégies préventives doivent être graduées en fonction de leur caractère universel, sélectif et indiqué, comme décrit au tableau 7. Une telle approche « en gradins » s'apparente à l'universalisme proportionné qui vise à diminuer les inégalités sociales en matière de santé et de bien-être en réduisant, d'une part, l'incidence d'un problème sociosanitaire donné et, d'autre part, les disparités observées entre différents groupes sociaux en lien avec l'ampleur de ce problème [173,174].

**Tableau 7 Typologie de stratégies pour prévenir la maltraitance envers les enfants**

Stratégies	Description
<b>Stratégies universelles</b>	S'adressent à <b>l'ensemble d'une population</b> et interviennent sur des facteurs de risque de la maltraitance de façon non intrusive et non stigmatisante, <b>sans chercher à cibler</b> les individus affectés par les facteurs de risque en question (ex. : promotion, information, sensibilisation, éducation, marketing social).
<b>Stratégies sélectives</b>	<b>Ciblent des groupes</b> d'individus qui partagent un ou des facteurs de risque communs (ex. : familles à faibles revenus, parents adolescents ou très jeunes), et interviennent de manière à contrer le risque de maltraitance chez ces familles à risque (ex. : programmes de visites à domicile pour les familles vulnérables, mesures fiscales pour les familles à faibles revenus).
<b>Stratégies indiquées</b>	<b>Ciblent des individus</b> qui affichent un <b>risque élevé</b> (ou cumul de facteurs de risque) ou des <b>signes précurseurs</b> de maltraitance (ex. : enfant signalé à la protection de la jeunesse pour risque sérieux d'abus ou de négligence) (ex. : programmes d'aide aux parents ayant des problèmes de santé mentale, de régulation émotionnelle, de conflits conjugaux/violence conjugale, de consommation).

## Les programmes de soutien à la parentalité : un incontournable

Parmi les stratégies préventives énumérées par Fortson et ses collaborateurs [168] et le PNSP [12], les programmes psycho-socio-éducatifs destinés à soutenir les parents dans l'exercice de leur rôle comptent parmi les plus utilisées [175,176]. Ces programmes se présentent principalement sous deux formats : (1) les visites à domicile; et (2) l'entraînement aux habiletés parentales. Il arrive que ces deux approches soient utilisées en combinaison. En Irlande, par exemple, le programme périnatal Preparing for Life (<http://preparingforlife.ie>) combine les visites à domicile et le programme Triple P, qui fait la promotion des pratiques parentales positives et entraîne les parents à les mettre en pratique. Considérant les résultats probants d'une telle combinaison sur les parents et les enfants [177], il pourrait s'agir d'un modèle prometteur d'offre de services préventifs.

Une méta-analyse récente, réalisée sur 37 études employant un devis expérimental avec assignation aléatoire des participants, confirme que ces deux types de programmes de soutien à la parentalité contribuent à réduire les conduites parentales à caractère violent, ainsi que les cas de maltraitance corroborés par les autorités en protection de la jeunesse, et ce, dans les pays à revenus faibles, moyens et élevés. Ils contribuent également à réduire certains facteurs de risque associés à la maltraitance, bien que leurs effets sur la dépression et le stress parental demeurent globalement limités. Il reste que l'effet global des programmes de soutien à la parentalité est modeste ( $d = 0.296$ ), et que cet effet peut être très variable d'un programme à l'autre et d'une étude à l'autre [178]. Cela suggère que certains programmes sont plus efficaces que d'autres pour prévenir la maltraitance.

À la suite d'une analyse approfondie des écrits sur le sujet, Gagné et ses collaborateurs en arrivent aux constats suivants en rapport avec l'efficacité des programmes de soutien au rôle parental [155] :

1. Les programmes les plus efficaces impliquent des interventions proactives, qui prennent place avant l'apparition de signes précurseurs de maltraitance. Les programmes s'adressant aux familles à haut risque (ex. : haut niveau de conflit, violence conjugale, dépression parentale, problèmes de consommation, ou cumul de multiples facteurs de risque) peuvent tout de même contribuer à prévenir la maltraitance, à condition d'adopter une approche centrée sur les forces des individus et des environnements, de favoriser le développement du pouvoir d'agir des parents (*empowerment*) et de se préoccuper du soutien social de ces familles;
2. Les programmes de groupe destinés aux parents peuvent contribuer à prévenir la maltraitance ou sa récurrence, du moins à court terme. Les programmes les plus efficaces seraient ceux qui intègrent à l'intervention de groupe une composante de visites à domicile ou d'intervention individuelle, et qui combinent l'approche comportementale avec d'autres approches centrées sur les styles de communication ou la promotion d'un style parental démocratique;
3. Les programmes de visites à domicile ressortent comme la meilleure stratégie pour prévenir la maltraitance, à condition de comporter plusieurs rencontres et de s'inscrire dans la durée. Ils semblent encore plus efficaces lorsqu'ils s'adressent à l'ensemble des membres d'un groupe social donné (par exemple, toutes les jeunes mères primipares), plutôt que de cibler des individus sur la base de facteurs de risque spécifiques.

Gomby rappelle que les programmes de visites à domicile sont une stratégie générale d'offre de services, et que leurs bénéfices tendent à survenir dans les domaines investis par l'intervenant [179]. Ces programmes auraient avantage à être enrichis par l'intégration d'interventions plus structurées ciblant des besoins précis chez les familles suivies. Par exemple, il a été démontré que l'application d'une intervention structurée de nature cognitive, destinée à travailler les croyances, les attitudes et les attributions des parents vis-à-vis de leur enfant ou de leur rôle de parent, rehausse l'efficacité préventive des visites à domicile dans le cas de bébés qui sont nés avec un risque médical (prématurité, problème de santé, naissance par césarienne), soit un facteur de risque reconnu de la maltraitance [180,181].

Malgré le constat général d'efficacité des programmes de soutien au rôle parental en tant que moyen pour prévenir la maltraitance, il est important de retenir que seul un petit nombre de programmes ont été scientifiquement éprouvés, avec des résultats probants. Dans le secteur famille-enfance, les programmes « à données probantes » représentent une petite proportion de l'ensemble des programmes de prévention et d'intervention psychosociale existants, comme le révèle l'initiative *Blueprints for Healthy Youth Development* ([www.blueprintsprograms.com](http://www.blueprintsprograms.com)), et ceux qui sont efficaces à prévenir la maltraitance sont encore moins nombreux. À titre d'exemple, une recension des programmes de visites à domicile réalisée par MacMillan et ses collaborateurs révèle que seuls deux programmes, offerts par des intervenants professionnels, ont démontré une réduction de l'incidence de la maltraitance, soit le Nurse Family Partnership et le Early Start [182]. En ce qui concerne les programmes de groupe visant l'entraînement aux habiletés parentales, le programme *Triple P – Positive Parenting Program* se démarque sur ce plan [183,184].

## Les programmes de soutien à la parentalité en usage au Québec

Récemment, Gagné, Richard et Dubé ont effectué une analyse approfondie dans le but d'établir la différenciation de *Triple P* par rapport à d'autres programmes de soutien à la parentalité en usage au Québec [185]. Dans un premier temps, elles ont recensé les programmes répondant aux critères suivants : (1) comporter un contenu clinique structuré; (2) avoir fait l'objet d'au moins une étude évaluative rigoureuse (ou être en voie d'évaluation); (3) être largement utilisé ou avoir un potentiel de dissémination (les programmes ayant une portée strictement locale ont été exclus); et (4) avoir le potentiel de prévenir la maltraitance, tel qu'opérationnalisé au tableau 8.

**Tableau 8 Potentiel des programmes de soutien au rôle parental pour prévenir la maltraitance**

<b>Facteurs de risque proximaux</b>	<b>Ce que font les programmes qui ont le potentiel de prévenir la maltraitance</b>
<i>Risques liés à l'enfant</i>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Jeune âge de l'enfant.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Ils interviennent tôt dans la vie de la famille.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Prématurité, petit poids à la naissance, maladie, déficit/déficiência, retard de développement.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Ils valorisent le rôle de parent tout en reconnaissant ses difficultés inhérentes et en validant les défis que cela pose.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Tempérament/comportement difficile ou irritable, réactivité émotionnelle, problèmes de comportement, agressivité.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Ils donnent du répit aux parents aux prises avec des enfants exigeants.</li> <li>■ Ils protègent et renforcent le lien d'attachement parent-enfant.</li> </ul>
<i>Risques liés au parent, à la famille et au contexte socioéconomique</i>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Histoire personnelle d'exposition à la violence familiale ou à la maltraitance.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Ils aident le parent à résoudre ses propres traumatismes relationnels passés.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Détresse psychologique : épuisement, anxiété, stress, hostilité, irritabilité, sentiment d'impuissance, etc.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Ils montrent au parent comment mieux gérer ses émotions négatives (ex. : stress, colère), comment se calmer et se maîtriser.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Faible sentiment de compétence parentale et faible estime de soi.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Ils enseignent au parent des stratégies éprouvées pour stimuler, soutenir, encadrer et discipliner leur enfant, et communiquer avec lui (compétences parentales), et aident le parent à effectuer le suivi de ses succès.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Attentes irréalistes ou perceptions erronées vis-à-vis de l'enfant ou de son rôle de parent.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Ils aident le parent à ajuster ses attentes et ses perceptions vis-à-vis de lui-même et de son enfant, afin qu'elles soient réalistes.</li> <li>■ Ils aident le parent à appliquer des stratégies efficaces de résolution de problèmes et de conflits.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Consommation d'alcool ou de drogues et problèmes de santé mentale, conflits conjugaux/violence conjugale, pauvreté, faible niveau socioéconomique.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Ils orientent/accompagnent le parent qui a des difficultés importantes (santé mentale, consommation, pauvreté, employabilité, conflits, violence, etc.) vers les ressources appropriées dans la communauté.</li> </ul>

Dans le cadre de cette recension, des bases documentaires spécialisées, des sites Web et des informateurs clés provenant de divers milieux ont été consultés. Au terme de la démarche, six programmes ont été retenus en plus de Triple P : (1) Ces années incroyables (CAI); (2) le volet « Accompagnement des familles » des SIPPE; (3) le Programme d'aide personnelle, familiale et communautaire (PAPFC<sup>2</sup>); (4) Y'a personne de parfait (Y'APP); (5) l'expérimentation québécoise du Community Parent Education Program (COPE), appelée ÉQUIPE; et (6) le Programme périnatal de prévention du syndrome du bébé secoué (PPPSBS). Chacun de ces programmes a fait l'objet d'une analyse descriptive et comparative. Les résultats de l'analyse suggèrent qu'un usage combiné du PPPSBS, des SIPPE, du PAPFC<sup>2</sup> ainsi que d'un programme spécifiquement axé sur le développement des habiletés parentales couvrirait l'ensemble des familles d'enfants de 0-12 ans et offrirait un continuum de services allant de la prévention universelle (PPPSBS) à l'intervention auprès des familles à haut risque de négligence (PAPFC<sup>2</sup>). En ce qui concerne l'entraînement aux habiletés parentales, tous les programmes analysés sont pertinents, quoique CAI et Triple P se démarquent par la quantité de données probantes qui appuient leur efficacité [185].

Par ailleurs, par sa portée universelle, son approche de marketing social et sa combinaison de stratégies universelles, sélectives et indiquées, Triple P semble avoir le potentiel d'engager la communauté dans une démarche visant à promouvoir les pratiques parentales positives, non seulement pour réduire les problèmes de comportement des enfants, mais aussi pour réduire le recours à la violence comme méthode éducative. Ses résultats préventifs sont d'ailleurs prometteurs sur ce plan [184,186].

### **Au-delà des programmes de soutien à la parentalité**

Il importe de rappeler que les programmes de soutien à la parentalité ne sont que l'un des moyens contribuant à prévenir la maltraitance, insuffisant en lui-même. Les écrits pionniers de Rose dans le domaine de l'épidémiologie médicale soulignent l'importance de faire la différence entre deux types de déterminants des problèmes de santé : (1) les déterminants de l'incidence du problème dans la population, généralement de nature économique et sociétale; et (2) les déterminants de l'apparition du problème chez un individu donné, qui renvoient aux vulnérabilités de la personne ou de son environnement proximal [187,188]. Dans le champ de la prévention de la maltraitance envers les enfants, les programmes de soutien à la parentalité agissent surtout sur la seconde catégorie de déterminants. Ainsi, leur potentiel pour réduire les taux de signalements en protection de la jeunesse, ou la prévalence des conduites parentales à caractère violent ou négligent à l'échelle de la population sont forcément limités. Comme le soulignent Fortson et ses collaborateurs, ils ont avantage à être combinés à d'autres stratégies ayant démontré leur efficacité préventive, notamment des stratégies économiques, légales et médiatiques, et des investissements substantiels en petite enfance, favorisant l'accès à des soins de santé et des services de garde éducatifs de grande qualité [168].

Le soutien économique aux familles peut être assuré par des mesures qui renforcent la sécurité du revenu et allègent le fardeau financier des familles (mesures fiscales, disponibilité de logements abordables, services de garde subventionnés), et par des politiques de conciliation travail-famille (salaire suffisant, congés payés, horaires flexibles). Les attitudes et les conduites parentales peuvent aussi être modifiées par l'entremise de mesures législatives visant à bannir la punition corporelle, et de campagnes d'éducation et de participation du public. Gagné et ses collaborateurs soutiennent que le marketing social est une approche prometteuse pour prévenir la maltraitance envers les enfants, surtout lorsqu'il intègre une approche communautaire et qu'il est lié à une offre de services directs aux parents [189]. Enfin, les programmes de stimulation précoce des enfants qui engagent les parents, ainsi que les services de garde éducatifs de grande qualité (personnel formé, normes de qualité, processus d'agrément ou d'accréditation, etc.) sont des composantes importantes de l'arsenal préventif en petite enfance.

Évidemment, tous ces moyens économiques, médiatiques, légaux et éducatifs n'agissent pas directement sur le comportement parental. Cependant, ils sont efficaces pour prévenir différentes formes d'abus et de négligence, car ils permettent de créer des environnements favorables aux familles, venant contrer un grand nombre d'irritants dans la vie familiale et générer un climat social et communautaire bienveillant pour les parents et les enfants. Il existe au Québec un programme visant à soutenir la création d'environnements

favorables à la santé, au bien-être et au développement optimal des enfants. Constituant un axe des SIPPE, le soutien à la Création d'environnements favorables (CEF) est implanté à travers l'ensemble des services de première ligne du réseau de la santé et des services sociaux depuis 2004-2005. Quoique ce programme interpelle la collaboration intersectorielle, plus des trois quarts des acteurs mobilisés dans le cadre de la CEF sont issus du secteur de la santé et des services sociaux, et plus de 80 % des projets financés sont portés par un seul organisme [190]. De plus, un peu moins de 10 % des projets sortent du cadre d'intervention habituel de la santé et des services sociaux et visent l'amélioration des conditions de vie des familles (ex. : initiatives sur le logement, l'intégration socioprofessionnelle ou l'accès au transport).

Ce portrait est cependant appelé à changer dans les prochaines années, dans le contexte où le PNSP 2015-2025 appuie fortement l'importance de la collaboration intersectorielle. En effet, le PNSP encourage notamment la collaboration avec les partenaires de la communauté dans le cadre du déploiement d'initiatives visant la création d'environnements favorables au développement des enfants de 0 à 5 ans (objectif 1-9), la collaboration à l'élaboration et à la mise en œuvre de politiques publiques favorables au développement global des enfants et des jeunes (objectif 1-12), et le soutien à des initiatives favorisant le développement et le renforcement des capacités des communautés d'agir sur leurs conditions de vie et leur environnement (objectif 2-10) [12]. Ainsi, il y a fort à parier que la CEF deviendra une responsabilité davantage partagée par une variété d'acteurs, ce qui constitue une excellente nouvelle pour les enfants à risque de maltraitance. Il est à espérer que les développements dans ce domaine soient soigneusement suivis et documentés, et que leurs éventuels effets préventifs soient évalués.

## Encadré 1 – La prévention du trauma crânien non accidentel (TCNA) pédiatrique

**Auteure : Sylvie Béliveau, pédiatre, Centre hospitalier universitaire de Québec**

Le trauma crânien non accidentel (TCNA) pédiatrique, plus connu sous le nom du syndrome du bébé secoué, est une forme grave d'abus physique survenant quand un enfant est secoué violemment ou soumis à un impact soudain, et qu'il en résulte des blessures au niveau du crâne ou du contenu intracrânien. Bien que l'incidence des TCNA soit mal connue, particulièrement au Canada, les études américaines présentent des chiffres variant entre 20 et 30 cas par 100 000 enfants de moins de 1 an [191]. Les conséquences cliniques des TCNA sont dévastatrices pour les familles, et très souvent irréversibles pour les enfants. Il n'y a guère de situations cliniques plus tragiques qu'un nourrisson de 4 mois, hospitalisé aux soins intensifs, chez qui on confirme des dommages neurologiques secondaires à des secousses violentes. Par ailleurs, les coûts sociaux associés à ce type d'abus s'avèrent très significatifs pour plusieurs secteurs, dont la santé, les services sociaux, la sécurité publique, la justice et l'éducation.

Les TCNA surviennent généralement chez les enfants de moins d'un an, et près de 60 % des victimes sont âgées de moins de six mois [192–194]. Le cerveau est alors immature et particulièrement vulnérable aux traumatismes. Il s'agit d'une période où la croissance cérébrale est extrêmement rapide, et où des phénomènes physiologiques importants culminent, comme la myélinisation et la stabilisation des connexions synaptiques [195]. Il n'est donc pas étonnant que plus de 80 % des victimes présentent des déficits neurologiques permanents [196–199], et que la mortalité associée aux TCNA soit élevée, variant de 11 % à 36 % selon les études [192,198].

Au Canada, une étude a recensé 364 victimes de TCNA dans 11 centres hospitaliers pédiatriques de soins tertiaires de 1988 à 1998. Un décès est survenu dans 19 % des cas. Parmi les autres victimes, des dommages neurologiques significatifs ont été rapportés dans 55 % des cas, et une atteinte visuelle dans 65 % des cas. Seulement 22 % d'entre elles ne présentaient aucune séquelle apparente lors du congé de l'hôpital [200]. Depuis, les études démontrent qu'une grande proportion des victimes qui semblaient sans atteinte après les manifestations initiales du TCNA présente, des années plus tard, des déficits cognitifs, adaptatifs et comportementaux. Ces déficits deviennent plus apparents à mesure que les demandes cognitives augmentent, puisque plusieurs aspects de la cognition n'atteignent leur maturité qu'à la fin de l'adolescence [201]. Chez ces enfants, les sphères du langage et de la parole, différents aspects des fonctions exécutives, l'attention et la concentration, le comportement et l'adaptation sociale sont des éléments particulièrement touchés [196,202,203].

Les TCNA sont des événements évitables. Plusieurs facteurs de risque ont été associés à cette forme d'abus, tels que des facteurs socioéconomiques, les stress familiaux et sociétaux, le jeune âge maternel, le fait d'être un garçon, d'être né prématurément ou de souffrir d'une maladie périnatale [192–194]. Toutefois, aucun de ces facteurs n'est facilement modifiable.

Au cours des dernières années, les recherches ont permis de reconnaître l'importance des pleurs des nourrissons comme élément déclencheur des TCNA [204,205]. Les secouages peuvent être répétés, et ils paraissent « efficaces » parce que l'enfant cesse de pleurer et qu'il se calme en « tombant endormi » [206]. Les gestes abusifs surviennent le plus souvent quand la personne responsable est fatiguée, et qu'elle ressent de l'impatience et de la colère face aux pleurs de l'enfant. En fait, sa perception et sa réponse face aux pleurs seraient des facteurs plus importants que l'intensité ou la durée des pleurs en eux-mêmes [207].

Malheureusement, les pleurs des nourrissons sont souvent persistants et inconsolables, sans qu'une cause organique ne puisse être identifiée pour les expliquer. Par ailleurs, les stratégies étudiées visant à réduire les pleurs impliquent des interventions individuelles spécifiques ou auprès de la dyade mère-enfant, et leur efficacité s'avère limitée [208,209].

Le fait de pouvoir cibler un comportement spécifique (le fait de secouer) et un élément déclencheur (les pleurs) a permis l'élaboration de messages de prévention primaire. Ainsi, des programmes visant l'éducation des parents en période postnatale à propos des caractéristiques des pleurs des nourrissons et des dangers de secouer ont été instaurés dans plusieurs maternités aux États-Unis et au Canada. Des études observationnelles initiales [210,211] avaient rapporté des diminutions d'incidence des TCNA de 47 % et de 75 %, et cela avait justifié l'implantation de ces programmes à grande échelle [208,212]. Toutefois, bien que ces interventions aient montré qu'elles augmentaient les connaissances [213–217], les évidences appuyant leur efficacité pour prévenir les TCNA demeuraient limitées [218].

Plus récemment, des études rigoureuses visant à évaluer l'efficacité de ces programmes de prévention en Caroline du Nord et en Pennsylvanie n'ont pas démontré de diminution dans l'incidence des TCNA [217,219]. En fait, il est probable que le simple fait d'informer les responsables d'un enfant qu'il est dangereux de le secouer et de nommer quelques moyens pour faire face aux difficultés reliées aux pleurs soit insuffisant pour prévenir les pertes de contrôle menant aux TCNA. Bien que la période postnatale soit un moment privilégié permettant de joindre toutes les familles, il est possible que ce ne soit pas le meilleur moment pour qu'une intervention éducative se traduise par des modifications du comportement des semaines plus tard [220]. Aussi, il a été difficile de maintenir la fidélité aux programmes dans certains milieux hospitaliers [219], et il est probable que les efforts de prévention doivent mieux cibler les figures parentales masculines, puisque les pères sont identifiés comme étant les abuseurs dans 77 % des cas [221]. Bien que la littérature américaine démontre que les efforts déployés jusqu'à maintenant aient été insuffisants, les auteurs s'entendent pour dire qu'il ne faut pas pour autant abandonner les programmes déjà en place [217,219,220]. Par contre, ils estiment qu'il est temps de recadrer ou de bonifier les messages. Des interventions additionnelles ciblées, des efforts plus intensifs et une répétition des messages après la période postnatale pourraient mieux aider les familles, surtout celles les plus à risque.

Au Québec, le Programme périnatal de prévention du syndrome du bébé secoué (PPPSBS) – mis sur pied par des professionnels du CHU Sainte-Justine – a comme particularité d'inclure, en plus des éléments déjà ciblés par les programmes américains, une partie dédiée aux émotions pouvant être déclenchées par les pleurs d'un bébé [216,222]. De façon novatrice, ce programme vise particulièrement à favoriser le recours à des stratégies d'adaptation par la reconnaissance et la gestion de la colère. Il se décline en trois phases principales, successives et complémentaires, où la répétition et la bonification des messages à visée préventive sont prévues. Essentiellement, la phase I vise la période de la naissance, la phase II intervient dans les premiers mois de vie, et la phase III poursuit selon les besoins ou les vulnérabilités spécifiques de l'enfant ou des familles. Les données recueillies jusqu'à maintenant démontrent un très haut taux d'adhésion à la phase I du programme dans les maisons de naissance, les maternités et les unités néonatales. Aussi, dans plus de 85 % des familles, les deux parents étaient présents lors de l'enseignement donné par l'infirmière. Cependant, les phases II et III sont limitées dans leur implantation, principalement par manque de fonds. La phase II prévoit des interventions à des moments précis du développement du nourrisson, soit lors des visites postnatales à domicile, soit lors des visites au CLSC. Pour les familles identifiées comme étant plus vulnérables, une intervention systématique est prévue lorsque le nourrisson a entre 4 et 8 semaines de vie, au moment où les pleurs persistants surviennent. Ainsi, le PPPSBS prévoit diverses interventions qui peuvent s'insérer dans le continuum de soins et de services déjà offert aux nourrissons et aux familles du Québec. Il s'agit d'un programme qui associe des messages visant le développement des connaissances, tout en intervenant sur le plan de la régulation des émotions et en ciblant de façon plus spécifique les familles les plus vulnérables.

Même s'il n'est pas possible d'évaluer l'impact du PPPSBS sur l'incidence des TCNA pour le moment, la poursuite de son implantation est certainement la bonne chose à faire [223].

Au cours des années, de nombreuses publications ont démontré que certains enfants étaient victimes d'une escalade de violence, et que des opportunités d'intervention ont été manquées avant que des gestes pouvant compromettre leur vie soient posés [206,224–229]. Conséquemment, la définition récente des « lésions sentinelles » dans la littérature médicale permet la conceptualisation d'un nouvel outil de prévention des abus physiques sévères [207,230].

### Définition des lésions sentinelles

- Blessures mineures :  
Exemples : ecchymoses, blessures à la bouche, brûlures mineures et lésions musculo-squelettiques;  
Exclusions : rougeurs transitoires, égratignures et petites abrasions.
- Chez l'enfant ne pouvant se déplacer en faisant quelques pas alors qu'il se tient aux objets.
- Visibles ou détectables par les responsables de l'enfant.
- Inexpliquées ou non parfaitement expliquées.

Les lésions sentinelles précèdent souvent des blessures sévères chez les jeunes victimes d'abus physiques, et elles sont rares chez ceux qui n'en sont pas victimes. Elles ne sont pas significatives cliniquement parce qu'elles ne nécessitent pas de traitement, et parce qu'elles guérissent rapidement et complètement. Leur dépistage et leur identification, associés à une réponse appropriée, pourraient prévenir jusqu'à un tiers des situations d'abus physiques sévères évaluées en centre tertiaire pédiatrique [230]. Ainsi, les enfants chez qui on rapporte ou chez qui on constate des lésions sentinelles devraient être évalués rapidement par un médecin, et l'investigation à la recherche de blessures occultes devrait être complétée. Aussi, leur situation devrait être signalée aux autorités compétentes [207].

Des auteurs suggèrent que l'enseignement concernant la signification des lésions sentinelles aux différents professionnels œuvrant auprès des très jeunes enfants pourrait contribuer à prévenir les TCNA et les abus physiques sévères, et jouer un rôle significatif dans l'amélioration du bien-être et de la sécurité de ces enfants [207].

En conclusion, les défis liés à la prévention des TCNA demeurent et sont mis en évidence par la littérature récente sur le sujet. Les facteurs conduisant aux abus physiques sévères envers les tout-petits sont complexes, et leur prévention ne peut venir des efforts d'un seul groupe de professionnels. Il s'agit, en fait, d'une responsabilité collective. L'enseignement et le développement de compétences individuelles chez les intervenants qui travaillent auprès des jeunes enfants, certains changements organisationnels et des innovations au sein de certains programmes peuvent faire partie des solutions permettant de prévenir les TCNA. Étant donné leur fardeau économique, sociétal, familial et individuel, les efforts doivent se poursuivre pour développer et évaluer de façon rigoureuse des initiatives de prévention.

Une certaine portion des TCNA a été imputée aux gardiens et gardiennes d'enfants. Ainsi, les parents devraient faire preuve de prudence lorsque vient le moment de choisir quelqu'un pour s'occuper de leurs tout-petits. Les enfants ne devraient pas être laissés avec des personnes qui ont de la difficulté à contrôler leur colère ou qui éprouvent du ressentiment envers eux, et ce, même pendant une courte période (Société canadienne de pédiatrie, 2001). Il a été suggéré que le fait d'étendre aux gardiens et gardiennes l'enseignement des dangers de secouer ou d'infliger un impact à la tête d'un enfant puisse avoir un effet préventif [221].

La Société canadienne de pédiatrie recommande la création d'une base de données nationale des cas de TCNA dans le but de mieux comprendre leur épidémiologie et de contribuer à l'élaboration de pratiques exemplaires, entre autres sur le plan des approches préventives [231]. Le Québec devrait pouvoir collaborer à la création de cette banque de données.

## Références

- [1] Lynch M. A. « Child abuse before Kempe: an historical literature review ». *Child Abuse Negl.* 1985. Vol. 9, n°1, p. 7-15.
- [2] Labbé J. « Ambroise Tardieu: the man and his work on child maltreatment a century before Kempe ». *Child Abuse Negl.* [En ligne]. Avril 2005. Vol. 29, n°4, p. 311-324. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2005.03.002>
- [3] Kempe C. H. et collab. « The battered-child syndrome ». *JAMA* [En ligne]. 7 juillet 1962. Vol. 181, n°1, p. 17-24. Disponible sur : <https://doi.org/10.1001/jama.1962.03050270019004>
- [4] Cliche M. A. *Maltraiter ou punir. La violence envers les enfants dans les familles québécoises 1850-1969*. Montréal : Boréal, 2007. 422 p.
- [5] Clément M.-È., Dufour S. *La violence à l'égard des enfants en milieu familial*. Éditions CEC. Montréal, 2009. 237 p.
- [6] Afifi T. O. « Child maltreatment in Canada: an understudied public health problem ». *Can J Public Health* [En ligne]. 16 juin 2011. Vol. 102, n°6, p. 459-61. Disponible sur : <https://doi.org/10.17269/cjph.102.2778>
- [7] Krug E. G. et collab. « The world report on violence and health ». *The Lancet* [En ligne]. 5 octobre 2002. Vol. 360, n°9339, p. 1083-1088. Disponible sur : [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)11133-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)11133-0)
- [8] Merrick J., Browne K. D. « Child abuse and neglect- a public health concern ». *Public Health Rev.* 1999. Vol. 27, n°4, p. 279-293.
- [9] Bouchard C. et collab. *Un Québec fou de ses enfants - rapport du groupe de travail pour les jeunes*. Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1991.
- [10] Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Priorités nationales de santé publique 1997-2002*. Québec : Gouvernement du Québec, 1997.
- [11] Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Programme national de santé publique 2003-2012*. Québec : Gouvernement du Québec, 2003.
- [12] Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Programme national de santé publique 2015-2025. Pour améliorer la santé de la population du Québec*. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2015.
- [13] Gouvernement du Québec. *Loi sur la protection de la jeunesse*. [En ligne]. Québec : Éditeur officiel du Québec, 2016. Disponible sur : <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cs/P-34.1> (consulté le 22 décembre 2016)
- [14] Durrant J. E. et collab. « Protection of children from physical maltreatment in Canada: an evaluation of the Supreme Court's definition of reasonable force ». *J. Aggress. Maltreatment Trauma* [En ligne]. 14 janvier 2009. Vol. 18, n°1, p. 64-87. Disponible sur : <https://doi.org/10.1080/10926770802610640>
- [15] Canadian Foundation for Children. *Canadian Foundation for Children. Youth and the Law c. Canada (Procureur général)*. [En ligne]. 2004. Disponible sur : <http://canlii.ca/t/1g98z> (consulté le 22 décembre 2016)
- [16] Clément M.-È., Chamberland C., Bouchard C. « Prevalence, co-occurrence and decennial trends of family violence toward children in the general population ». *Can J Public Health* [En ligne]. 2015. Vol. 106, n°7, p. 31-37. Disponible sur : <https://doi.org/10.17269/cjph.106.4839>
- [17] Clément M.-È. « La violence physique envers les enfants : le cas particulier de la punition corporelle ». *Rev. Psychoéducation*. 2011. Vol. 40, n°1, p. 121-134.
- [18] Watkinson A. M. « Supreme Court of Canada stands behind corporal punishment – sort of... » *Int. Soc. Work* [En ligne]. 1 juillet 2006. Vol. 49, n°4, p. 531-535. Disponible sur : <https://doi.org/10.1177/0020872806065329>
- [19] Phillips B., Alderson P. « Beyond “anti-smacking” : challenging violence and coercion in parent-child relations ». *Int. J. Child. Rights* [En ligne]. 1 juin 2003. Vol. 11, n°2, p. 175-197. Disponible sur : <https://doi.org/10.1163/092755603322397250>
- [20] Durrant J. E. « Physical punishment, culture, and rights: current issues for professionals ». *J. Dev. Behav. Pediatr. JDBP* [En ligne]. Février 2008. Vol. 29, n°1, p. 55-66. Disponible sur : <https://doi.org/10.1097/DBP.0b013e318135448a>
- [21] Gershoff E. T., Grogan-Kaylor A. « Spanking and child outcomes: old controversies and new meta-analyses ». *J. Fam. Psychol. JFP J. Div. Fam. Psychol. Am. Psychol. Assoc. Div. 43* [En ligne]. Juin 2016. Vol. 30, n°4, p. 453-469. Disponible sur : <https://doi.org/10.1037/fam0000191>
- [22] Gershoff E. T. « Corporal punishment by parents and associated child behaviors and experiences: a meta-analytic and theoretical review ». *Psychol. Bull.* Juillet 2002. Vol. 128, n°4, p. 539-579.
- [23] Paolucci E. O., Violato C. « A meta-analysis of the published research on the affective, cognitive, and behavioral effects of corporal punishment ». *J. Psychol.* [En ligne]. Mai 2004. Vol. 138, n°3, p. 197-221. Disponible sur : <https://doi.org/10.3200/JRLP.138.3.197-222>
- [24] Ferguson C. J. « Spanking, corporal punishment and negative long-term outcomes: a meta-analytic review of longitudinal studies ». *Clin. Psychol. Rev.* [En ligne]. Février 2013. Vol. 33, n°1, p. 196-208. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.11.002>
- [25] Larzelere R. E., Kuhn B. R. « Comparing child outcomes of physical punishment and alternative disciplinary tactics: a meta-analysis ». *Clin. Child Fam. Psychol. Rev.* mars 2005. Vol. 8, n°1, p. 1-37.
- [26] Chamberland C. *Violence parentale et violence conjugale. Des réalités plurielles, multidimensionnelles et interreliées*. Presses de l'Université du Québec. Sainte-Foy, 2003. 396 p.

- [28] Dubowitz H. « Understanding and addressing the “neglect of neglect:” digging into the molehill ». *Child Abuse Negl.* [En ligne]. Juin 2007. Vol. 31, n°6, p. 603-606. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2007.04.002>
- [29] Dufour S. et collab. « Child abuse in a disciplinary context: a typology of violent family environments ». *J. Fam. Violence* [En ligne]. 1 novembre 2011. Vol. 26, n°8, p. 595-606. Disponible sur : <https://doi.org/10.1007/s10896-011-9394-0>
- [30] English D. J., Bangdiwala S. I., Runyan D. K. « The dimensions of maltreatment: introduction ». *Child Abuse Negl.* [En ligne]. Mai 2005. Vol. 29, n°5, p. 441-460. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2003.09.023>
- [31] Higgins D. J. « The importance of degree versus type of maltreatment: a cluster analysis of child abuse types ». *J. Psychol.* [En ligne]. Juillet 2004. Vol. 138, n°4, p. 303-324. Disponible sur : <https://doi.org/10.3200/JRPL.138.4.303-324>
- [32] Paquette D., Bigras M., Crepaldi M. A. « La violence : un jugement de valeur sur les rapports de pouvoir ». *Rev. Psychoéducation.* 2010. Vol. 39, n°2, p. 247-276.
- [33] Feerick M., Snow K. « An examination of research in child abuse and neglect: past practices and future directions ». In : Feerick M et collab. (éd.), *Child Abuse Negl. Defin. Classif. Framew. Res.* Baltimore : Brookes Publishing, 2006.
- [34] English D. J. et collab. « Defining maltreatment chronicity: are there differences in child outcomes? ». *Child Abuse Negl.* [En ligne]. Mai 2005. Vol. 29, n°5, p. 575-595. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2004.08.009>
- [35] Manly J. T., Cicchetti D., Barnett D. « The impact of subtype, frequency, chronicity, and severity of child maltreatment on social competence and behavior problems ». *ResearchGate* [En ligne]. 1 décembre 1994. Vol. 6, n°01, p. 121-143. Disponible sur : <https://doi.org/10.1017/S0954579400005915>
- [36] Straus M. A., Field C. J. « Psychological aggression by American parents: national data on prevalence, chronicity, and severity ». *J. Marriage Fam.* [En ligne]. 1 novembre 2003. Vol. 65, n°4, p. 795-808. Disponible sur : <https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2003.00795.x>
- [37] Éthier L. S., Couture G., Lacharité C. « Risk factors associated with the chronicity of high potential for child abuse and neglect ». *J. Fam. Violence* [En ligne]. 1 février 2004. Vol. 19, n°1, p. 13-24. Disponible sur : <https://doi.org/10.1023/B:JOFV.0000011579.18333.c9>
- [38] Clemmons J. C. et collab. « Unique and combined contributions of multiple child abuse types and abuse severity to adult trauma symptomatology ». *Child Maltreat.* [En ligne]. Mai 2007. Vol. 12, n°2, p. 172-181. Disponible sur : <https://doi.org/10.1177/1077559506298248>
- [39] Higgins D. J., McCabe M. P. « Multiple forms of child abuse and neglect: adult retrospective reports ». *Aggress. Violent Behav.* [En ligne]. Novembre 2001. Vol. 6, n°6, p. 547-578. Disponible sur : [https://doi.org/10.1016/S1359-1789\(00\)00030-6](https://doi.org/10.1016/S1359-1789(00)00030-6)
- [40] Lau A. S. et collab. « What’s in a name? A comparison of methods for classifying predominant type of maltreatment ». *Child Abuse Negl.* [En ligne]. Mai 2005. Vol. 29, n°5, p. 533-551. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2003.05.005>
- [41] Claussen A. H., Crittenden P. M. « Physical and psychological maltreatment: relations among types of maltreatment ». *Child Abuse Negl.* [En ligne]. 1 janvier 1991. Vol. 15, n°1, p. 5-18. Disponible sur : [https://doi.org/10.1016/0145-2134\(91\)90085-R](https://doi.org/10.1016/0145-2134(91)90085-R)
- [42] Kinard E. M. « Classifying type of child maltreatment: does the source of information make a difference? ». *J. Fam. Violence* [En ligne]. 1 mars 1998. Vol. 13, n°1, p. 105-112. Disponible sur : <https://doi.org/10.1023/A:1022816917865>
- [43] Larrivée M.-C., Tourigny M., Bouchard C. « Child physical abuse with and without other forms of maltreatment: dysfunctionality versus dysnormality ». *Child Maltreat.* [En ligne]. Novembre 2007. Vol. 12, n°4, p. 303-313. Disponible sur : <https://doi.org/10.1177/1077559507305832>
- [44] McGee R. A. et collab. « The measurement of maltreatment: a comparison of approaches ». *Child Abuse Negl.* février 1995. Vol. 19, n°2, p. 233-249.
- [45] Appel A. E., Holden G. W. « The co-occurrence of spouse and physical child abuse: a review and appraisal ». *ResearchGate* [En ligne]. 1 décembre 1998. Vol. 12, n°4, p. 578-599. Disponible sur : <https://doi.org/10.1037/0893-3200.12.4.578>
- [46] Shipman K. L., Rossman B. B. R., West J. C. « Co-occurrence of spousal violence and child abuse : conceptual implications ». *Child Maltreat.* [En ligne]. 1 mai 1999. Vol. 4, n°2, p. 93-102. Disponible sur : <https://doi.org/10.1177/1077559599004002002>
- [47] Finkelhor D., Ormrod R. K., Turner H. A. « Re-victimization patterns in a national longitudinal sample of children and youth ». *Child Abuse Negl.* [En ligne]. Mai 2007. Vol. 31, n°5, p. 479-502. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2006.03.012>
- [48] Hamilton C. E., Browne K. D. « The repeat victimization of children: should the concept be revised? ». *Aggress. Violent Behav.* [En ligne]. 1 mars 1998. Vol. 3, n°1, p. 47-60. Disponible sur : [https://doi.org/10.1016/S1359-1789\(97\)00007-4](https://doi.org/10.1016/S1359-1789(97)00007-4)
- [49] Widom C. S., Czaja S. J., Dutton M. A. « Childhood victimization and lifetime revictimization ». *Child Abuse Negl.* [En ligne]. août 2008. Vol. 32, n°8, p. 785-796. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2007.12.006>
- [50] Hélie S., Bouchard C. « Recurrent reporting of child maltreatment: state of knowledge and avenues for research ». *Child. Youth Serv. Rev.* [En ligne]. Mars 2010. Vol. 32, n°3, p. 416-422. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2009.10.013>

- [51] Hélie S. et collab. « A developmental approach to the risk of a first recurrence in child protective services ». *Child Abuse Negl.* [En ligne]. Décembre 2013. Vol. 37, n°12, p. 1132-1141. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.05.001>
- [52] Hélie S., Poirier M.-A., Turcotte D. « Risk of maltreatment recurrence after exiting substitute care: impact of placement characteristics ». *Child. Youth Serv. Rev.* [En ligne]. Novembre 2014. Vol. 46, p. 257-264. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2014.09.002>
- [53] Way I. et collab. « Maltreatment perpetrators: a 54-month analysis of recidivism ». *Child Abuse Negl.* août 2001. Vol. 25, n°8, p. 1093-1108.
- [54] Lynch M., Cicchetti D. « An ecological-transactional analysis of children and contexts: the longitudinal interplay among child maltreatment, community violence, and children's symptomatology ». *Dev. Psychopathol.* 1998. Vol. 10, n°2, p. 235-257.
- [55] Gagné M.-H., Lavoie F., Hébert M. « Victimization during childhood and revictimization in dating relationships in adolescent girls ». *Child Abuse Negl.* octobre 2005. Vol. 29, n°10, p. 1155-1172.
- [56] Finkelhor D., Ormrod R. K., Turner H. A. « Poly-victimization: a neglected component in child victimization ». *Child Abuse Negl.* [En ligne]. Janvier 2007. Vol. 31, n°1, p. 7-26. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2006.06.008>
- [57] Hamby S., Finkelhor D., Turner H. « Origine et développement du concept de polyvictimisation ». *Criminologie* [En ligne]. 2014. Vol. 47, n°1, p. 11-15. Disponible sur : <https://doi.org/10.7202/1024004ar>
- [58] Cyr K., Clément M.-È., Chamberland C. « La victimisation, une norme dans la vie des jeunes au Québec ? ». *Criminologie* [En ligne]. 2014. Vol. 47, n°1, p. 17-40. Disponible sur : <https://doi.org/10.7202/1024005ar>
- [59] Cyr K., Clément M.-È., Chamberland C. « Lifetime prevalence of multiple victimizations and its impact on children's mental health ». *J. Interpers. Violence* [En ligne]. Mars 2014. Vol. 29, n°4, p. 616-634. Disponible sur : <https://doi.org/10.1177/0886260513505220>
- [60] Finkelhor D., Ormrod R. K., Turner H. A. « Lifetime assessment of poly-victimization in a national sample of children and youth ». *Child Abuse Negl.* [En ligne]. Juillet 2009. Vol. 33, n°7, p. 403-411. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2008.09.012>
- [61] Clément M.-È., Chamberland C., Trocmé N. « Épidémiologie de la maltraitance et de la violence envers les enfants au Québec ». *Santé Société Solidar.* [En ligne]. 2009. Vol. 8, n°1, p. 27-38. Disponible sur : <https://doi.org/10.3406/oss.2009.1313>
- [62] Sedlak A. J. et collab. *Fourth National Incidence Study of Child Abuse and Neglect (NIS-4): Report to Congress | Office of Planning, Research & Evaluation | Administration for Children and Families.* [En ligne]. Washington, DC : U.S. Department of Health and Human Services, Administration for Children and Families., 2010. Disponible sur : <https://www.acf.hhs.gov/opre/resource/fourth-national-incidence-study-of-child-abuse-and-neglect-nis-4-report-to> (consulté le 5 janvier 2017)
- [63] Hélie S. « Surveillance en protection de la jeunesse: le tango des chiffres | Canadian Child Welfare Research Portal ». *Rev. Psychoéducation.* 2007. Vol. 36, n°2, p. 305-316.
- [64] Tourigny M., Lavergne C. « Incidence de l'abus et la négligence envers les enfants : recension des écrits ». *Criminologie* [En ligne]. 2000. Vol. 33, n°1, p. 47-72. Disponible sur : <https://doi.org/10.7202/004730ar>
- [65] Hélie S., Clément M.-È., Larrivée M.-C. « Epidemiological considerations in the conceptualization and utilization of "Prevalence" and "Incidence rate" in family violence research: a reply to Brownridge and Halli (1999) ». *J. Fam. Violence* [En ligne]. 1 août 2003. Vol. 18, n°4, p. 219-225. Disponible sur : <https://doi.org/10.1023/A:1024016330893>
- [66] Euser S. et collab. « The prevalence of child maltreatment in the Netherlands across a 5-year period ». *Child Abuse Negl.* [En ligne]. Octobre 2013. Vol. 37, n°10, p. 841-851. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.07.004>
- [67] Hélie S. et collab. « Québec Incidence Study on the situations investigated by child protective services: Major findings for 2008 and comparison with 1998 ». *Can J Public Health* [En ligne]. 14 mars 2016. Vol. 106, n°7, p. 7-13. Disponible sur : <https://doi.org/10.17269/cjph.106.4827>
- [68] Hélie S. et collab. *Étude d'incidence québécoise sur les signalements évalués en protection de la jeunesse en 2014 (ÉIQ-2014). Rapport final déposé à la Direction des jeunes et des familles du MSSS.* Montréal : Centre intégré universitaire de santé et services sociaux-Centre sud de l'Île-de-Montréal., 2017.
- [69] Hélie S. et collab. *Étude d'incidence québécoise sur les signalements évalués en protection de la jeunesse en 2008 (ÉIQ-2008). Rapport final.* Montréal : Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire, 2012.
- [70] Tourigny M. et collab. *Québec Incidence Study of reported child abuse, neglect, abandonment and serious behaviour problems (QIS).* Montréal : Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociale, 2003.
- [71] Turcotte D. et collab. *Étude sur l'incidence et les caractéristiques de la maltraitance signalée à la Direction de la protection de la jeunesse au Québec. La situation en 2003.* Québec : Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire, 2007.
- [72] Ouimet M. « Les violences contre les enfants selon les données policières ». In : *Var. Taux Mauvais Trait. Envers Enfants Réal. Épidémiologiques Ou Chang. Normes Actes Colloq. Dans Cadre 74e Congrès Annu. L'ACFAS Mai 2006.* Montréal : CREF/ GRAVE-ARDEC, 2007. p. 38-42.

- [73] Dubé M., Hodgins S. « Filicides maternels et paternels maltraitants : facteurs de risque et indices comportementaux précurseurs ». *Rev. Québécoise Psychol.* 2001. Vol. 22, n°3, p. 81-100.
- [74] Léveillé S., Marleau J. D., Dubé M. « Filicide: a comparison by sex and presence or absence of self-destructive behavior ». *J. Fam. Violence* [En ligne]. 1 juillet 2007. Vol. 22, n°5, p. 287-295. Disponible sur : <https://doi.org/10.1007/s10896-007-9081-3>
- [75] Guay D., Lavergne C., Mayer M. *Ampleur des menaces au bien-être des enfants en contexte familial. Faisabilité d'une stratégie d'enquête.* Montréal : Direction de la santé publique de Montréal-Centre, 2002.
- [76] Tourigny M. et collab. « Prévalence et cooccurrence de la violence envers les enfants dans la population québécoise ». *Can J Public Health* [En ligne]. 1 mars 2006. Vol. 97, n°2, p. 109-13. Disponible sur : <https://doi.org/10.17269/cjph.97.682>
- [77] Tourigny M. et collab. « Prevalence and co-occurrence of violence against children in the Quebec population ». *Aust. N. Z. J. Public Health* [En ligne]. Août 2008. Vol. 32, n°4, p. 331-335. Disponible sur : <https://doi.org/10.1111/j.1753-6405.2008.00250.x>
- [78] Bouchard C., Tessier R. « Conduites à caractère violent à l'endroit des enfants ». In : Lavallée C, Clarkson M, Chénard L (éd.). *Conduites À Caractère Violent Dans Résolution Confl. Entre Proches Monogr. No 2 Enq. Soc. Santé 1992-1993.* Montréal, 1996. p. 21-76.
- [79] Laferrière S., Bouchard C. « Illustration de la capacité discriminante du Questionnaire sur la résolution des conflits dans la mesure de la violence parentale. [Illustration of the discriminatory capacity of the Conflict Resolution Questionnaire to measure parental violence] ». *Can. J. Behav. Sci. Rev. Can. Sci. Comport.* [En ligne]. 1996. Vol. 28, n°1, p. 70-73. Disponible sur : <https://doi.org/10.1037/0008-400X.28.1.70>
- [80] Straus M. A., Gelles R. J. *Physical violence in American families: risk factors and adaptations to violence in 8,145 Families.* Revised edition. New Brunswick N.J., U.S.A. : Transaction Publishers, 1989. 622 p.
- [81] Straus M. A. et collab. « Identification of child maltreatment with the Parent-Child Conflict Tactics Scales: development and psychometric data for a national sample of American parents ». *Child Abuse Negl.* avril 1998. Vol. 22, n°4, p. 249-270.
- [82] Clément M.-È. et collab. *La violence familiale dans la vie des enfants du Québec, 1999.* Québec : Institut de la statistique du Québec, 2000.
- [83] Clément M.-È., Chamberland C., Côté L. *La violence familiale dans la vie des enfants du Québec, 2004.* Québec : Institut de la statistique du Québec, 2005.
- [84] Clément M.-È. et collab. *La violence familiale dans la vie des enfants du Québec, 2012. Les attitudes parentales et les pratiques familiales.* Québec : Institut de la statistique du Québec, 2013.
- [85] Clément M.-È., Chamberland C. « Trends in corporal punishment and attitudes in favour of this practice: toward a change in societal norms ». *Can. J. Commun. Ment. Health* [En ligne]. 1 décembre 2014. Vol. 33, n°2, p. 13-29. Disponible sur : <https://doi.org/10.7870/cjcmh-2014-013>
- [86] Holt M. K., Strauss M. A., Kaufman-Kantor G. *A short form of the parent-report multidimensional neglectful behavior scale.* Durham : Family Research Laboratory, University of New Hampshire, 2004.
- [87] Clément M.-È., Bérubé A., Chamberland C. « Prevalence and risk factors of child neglect in the general population ». *Public Health* [En ligne]. Septembre 2016. Vol. 138, p. 86-92. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2016.03.018>
- [88] Clément M.-È., Bérubé A., Chamberland C. « Validation de la version française de l'Échelle multidimensionnelle des conduites de négligence parentale ». *Rev. Can. Psychiatr.* 2017. Vol. 62, n°8,.
- [89] Finkelhor D. et collab. *The Juvenile Victimization Questionnaire: 2nd Revision (JVQ-R).* Durham : Crimes against Children Research Center, 2011.
- [90] Fallon B. et collab. *Ontario Incidence Study of Reported Child Abuse and Neglect-2008 (OIS-2008) | Canadian Child Welfare Research Portal.* [En ligne]. Toronto, Ontario : Child Welfare Research Portal, 2010. Disponible sur : <http://cwrp.ca/publications/2293>
- [91] Fallon B. et collab. *Ontario Incidence Study of Reported Child Abuse and Neglect-2013 (OIS-2013) | Canadian Child Welfare Research Portal.* [En ligne]. Toronto, Ontario : Child Welfare Research Portal, 2015. Disponible sur : <http://cwrp.ca/publications/OIS-2013> (consulté le 22 décembre 2016)
- [92] MacLaurin B. et collab. *Saskatchewan Incidence Study of Reported Child Abuse and Neglect-2008 (SIS-2008): Major Findings | Canadian Child Welfare Research Portal.* [En ligne]. Calgary, AB : University of Calgary, 2011. Disponible sur : <http://cwrp.ca/fr/publications/2383>
- [93] MacLaurin B. et collab. *Alberta Incidence Study of Reported Child Abuse and Neglect-2008 (AIS-2008): Major Findings | Canadian Child Welfare Research Portal.* [En ligne]. Calgary, AB : University of Calgary, 2013. Disponible sur : <http://cwrp.ca/fr/publications/2758>
- [94] Trocmé N. et collab. *Canadian Incidence Study of Reported Child Abuse and Neglect 1998 (CIS-1998): final report | Canadian Child Welfare Research Portal.* [En ligne]. Ottawa : Minister of Public Works and Government Services Canada, 2001. Disponible sur : <http://cwrp.ca/publications/885>
- [95] Trocmé N. et collab. *Canadian Incidence Study of Reported Child Abuse and Neglect-2003: major findings (CIS-2003).* Ottawa : Minister of Public Works and Government Services of Canada, 2005.
- [96] Trocmé N. et collab. « Rates and outcomes of maltreatment-related investigations in CIS-1998, CIS-2003 and CIS-2008 ». In : Public Health Agency of Canada (éd.). *Can. Incid. Study Rep. Child Abuse Negl. 2008.* Ottawa, 2010.

- [97] Finkelhor D. et collab. *Updated trends in child maltreatment, 2012*. Durham : Crimes against Children Research Center, 2013.
- [98] Gilbert R. et collab. « Child maltreatment: variation in trends and policies in six developed countries ». *The Lancet* [En ligne]. 25 février 2012. Vol. 379, n°9817, p. 758-772. Disponible sur : [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)61087-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)61087-8)
- [99] Fallon B. et collab. « Responding to child maltreatment in Canada: context for international comparisons ». *Adv. Ment. Health* [En ligne]. Octobre 2012. Vol. 11, n°1, p. 76-86. Disponible sur : <https://doi.org/10.5172/jamh.2012.11.1.76>
- [100] Perron J. L. et collab. « Child and Parent Characteristics Associated With Canadian Parents' Reports of Spanking ». *Can. J. Commun. Ment. Health* [En ligne]. 1 décembre 2014. Vol. 33, n°2, p. 31-45. Disponible sur : <https://doi.org/10.7870/cjcmh-2014-014>
- [101] Finkelhor D. et collab. « Trends in childhood violence and abuse exposure: evidence from 2 national surveys ». *Arch. Pediatr. Adolesc. Med.* [En ligne]. Mars 2010. Vol. 164, n°3, p. 238-242. Disponible sur : <https://doi.org/10.1001/archpediatrics.2009.283>
- [102] Hillis S. et collab. « Global prevalence of past-year violence against children: a systematic review and minimum estimates ». *Pediatrics* [En ligne]. 25 janvier 2016. p. peds.2015-4079. Disponible sur : <https://doi.org/10.1542/peds.2015-4079>
- [103] Taylor C. A. et collab. « Mothers' spanking of 3-year-old children and subsequent risk of children's aggressive behavior ». *Pediatrics* [En ligne]. 6 avril 2010. p. peds.2009-2678. Disponible sur : <https://doi.org/10.1542/peds.2009-2678>
- [104] Theodore A. et collab. « Epidemiologic features of the physical and sexual maltreatment of children in the Carolinas ». *Pediatrics* [En ligne]. Mars 2005. Vol. 115, n°3, p. e331-337. Disponible sur : <https://doi.org/10.1542/peds.2004-1033>
- [105] Zolotor A. J. et collab. « Corporal punishment and physical abuse: population-based trends for three-to-11-year-old children in the United States ». *Child Abuse Rev.* [En ligne]. 1 janvier 2011. Vol. 20, n°1, p. 57-66. Disponible sur : <https://doi.org/10.1002/car.1128>
- [106] Hamby S. et collab. « The overlap of witnessing partner violence with child maltreatment and other victimizations in a nationally representative survey of youth ». *Child Abuse Negl.* [En ligne]. octobre 2010. Vol. 34, n°10, p. 734-741. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2010.03.001>
- [107] Theodore A., Chang J. J., Runyan D. « Measuring the risk of physical neglect in a population-based sample ». *Child Maltreat.* [En ligne]. Février 2007. Vol. 12, n°1, p. 96-105. Disponible sur : <https://doi.org/10.1177/1077559506296904>
- [108] Stoltenborgh M. et collab. « The prevalence of child maltreatment across the globe: review of a series of meta-analyses ». *Child Abuse Rev.* [En ligne]. 1 janvier 2015. Vol. 24, n°1, p. 37-50. Disponible sur : <https://doi.org/10.1002/car.2353>
- [109] Miller-Perrin C. L., Perrin R. D. *Child Maltreatment: an Introduction*. 3 édition. Thousand Oaks : Sage Publications, 2012. 448 p.
- [110] Belsky J. « Child maltreatment: an ecological integration ». *Am. Psychol.* avril 1980. Vol. 35, n°4, p. 320-335.
- [111] Belsky J. « Etiology of child maltreatment: a developmental-ecological analysis ». *Psychol. Bull.* novembre 1993. Vol. 114, n°3, p. 413-434.
- [112] Bronfenbrenner U. « Toward an experimental ecology of human development ». *Am. Psychol.* [En ligne]. 1977. Vol. 32, n°7, p. 513-531. Disponible sur : <https://doi.org/10.1037/0003-066X.32.7.513>
- [113] Bronfenbrenner U. « Ecology of the family as a context for human-development - research perspectives ». *ResearchGate* [En ligne]. 1 novembre 1986. Vol. 22, n°6, p. 723-742. Disponible sur : <https://doi.org/10.1037/0012-1649.22.6.723>
- [114] Bronfenbrenner U. « Le modèle « processus-personne-contexte-temps » dans la recherche en psychologie du développement : principes, applications et implication ». In : Tessier R, Tarabulsky GM (éd.). *Modèle Écologique Dans L'étude Dev. L'enfant*. Sainte-Foy, 1996. p. 9-58.
- [115] Cicchetti D., Lynch M. « Toward an ecological/transactional model of community violence and child maltreatment: consequences for children's development ». *Psychiatry*. Février 1993. Vol. 56, n°1, p. 96-118.
- [116] Black D. A., Heyman R. E., Smith Slep A. M. « Risk factors for child physical abuse ». *Aggress. Violent Behav.* [En ligne]. 1 mars 2001. Vol. 6, n°2, p. 121-188. Disponible sur : [https://doi.org/10.1016/S1359-1789\(00\)00021-5](https://doi.org/10.1016/S1359-1789(00)00021-5)
- [117] Black D. A., Smith Slep A. M., Heyman R. E. « Risk factors for child psychological abuse ». *Aggress. Violent Behav.* [En ligne]. Mars 2001. Vol. 6, n°2-3, p. 189-201. Disponible sur : [https://doi.org/10.1016/S1359-1789\(00\)00022-7](https://doi.org/10.1016/S1359-1789(00)00022-7)
- [118] Evans R., Garner P., Honig A. S. « Prevention of violence, abuse, and neglect in early childhood: a review of the literature on research, policy and practice ». *ResearchGate* [En ligne]. 1 octobre 2014. Vol. 184, n°9-10,. Disponible sur : <https://doi.org/10.1080/03004430.2014.910327> (consulté le 22 décembre 2016)
- [119] Hildyard K., Wolfe D. « Cognitive processes associated with child neglect ». *Child Abuse Negl.* [En ligne]. Août 2007. Vol. 31, n°8, p. 895-907. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2007.02.007>
- [120] Lansford J. E. et collab. « Individual, family, and culture level contributions to child physical abuse and neglect: A longitudinal study in nine countries ». *Dev. Psychopathol.* [En ligne]. Novembre 2015. Vol. 27, n°4 Pt 2, p. 1417-1428. Disponible sur : <https://doi.org/10.1017/S095457941500084X>
- [121] Schumacher J. A., Slep A. M. S., Heyman R. E. « Risk factors for child neglect ». *Aggress. Violent Behav.* [En ligne]. Mars 2001. Vol. 6, n°2-3, p. 231-254. Disponible sur : [https://doi.org/10.1016/S1359-1789\(00\)00024-0](https://doi.org/10.1016/S1359-1789(00)00024-0)

- [122] Sidebotham P., Heron J., ALSPAC Study Team. « Child maltreatment in the “children of the nineties”: a cohort study of risk factors ». *Child Abuse Negl.* [En ligne]. Mai 2006. Vol. 30, n°5, p. 497-522. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2005.11.005>
- [123] Slack K. S. et collab. « Risk and protective factors for child neglect during early childhood: a cross-study comparison ». *Child. Youth Serv. Rev.* [En ligne]. Août 2011. Vol. 33, n°8, p. 1354-1363. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2011.04.024>
- [124] Stith S. M. et collab. « Risk factors in child maltreatment: A meta-analytic review of the literature ». *Aggress. Violent Behav.* [En ligne]. 1 janvier 2009. Vol. 14, n°1, p. 13-29. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.avb.2006.03.006>
- [125] Stith S. M. et collab. « Risk factors in child maltreatment: a meta-analytic review of the literature ». *Aggress. Violent Behav.* [En ligne]. Janvier 2009. Vol. 14, n°1, p. 13-29. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.avb.2006.03.006>
- [126] McTavish J. R. et collab. « Children’s exposure to intimate partner violence: an overview ». *Int. Rev. Psychiatry Abingdon Engl.* [En ligne]. Octobre 2016. Vol. 28, n°5, p. 504-518. Disponible sur : <https://doi.org/10.1080/09540261.2016.1205001>
- [127] Coulton C. J. et collab. « How neighborhoods influence child maltreatment: a review of the literature and alternative pathways ». *Child Abuse Negl.* [En ligne]. Décembre 2007. Vol. 31, n°11-12, p. 1117-1142. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2007.03.023>
- [128] Chambers R. M., Potter C. C. « Family needs in child neglect cases: a cluster analysis ». *Fam. Soc. J. Contemp. Soc. Serv.* [En ligne]. 1 janvier 2009. Vol. 90, n°1, p. 18-27. Disponible sur : <https://doi.org/10.1606/1044-3894.3841>
- [129] Clément M.-È. et collab. « Taxinomie des besoins des enfants dont les mauvais traitements ou les troubles de comportement ont été jugés fondés par la direction de la protection de la jeunesse ». *Child Abuse Negl.* [En ligne]. Octobre 2009. Vol. 33, n°10, p. 750-765. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2009.08.001>
- [130] Larrivée M.-C. et collab. « L’abus physique avec ou sans autres formes de mauvais traitements : deux réalités? ». *Rev. Psychoéducation.* 2009. Vol. 38, n°1, p. 73-95.
- [131] Sabourin Ward C., Haskett M. E. « Exploration and validation of clusters of physically abused children ». *Child Abuse Negl.* [En ligne]. Mai 2008. Vol. 32, n°5, p. 577-588. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2007.07.012>
- [132] Masten A. S., Wright M. O. « Cumulative risk and protection models of child maltreatment ». *ResearchGate* [En ligne]. 22 octobre 2008. Vol. 2, n°1, p. 7-30. Disponible sur : [https://doi.org/10.1300/J146v02n01\\_02](https://doi.org/10.1300/J146v02n01_02) (consulté le 5 janvier 2017)
- [133] Begle A. M., Dumas J. E., Hanson R. F. « Predicting child abuse potential: an empirical investigation of two theoretical frameworks ». *J. Clin. Child Adolesc. Psychol. Off. J. Soc. Clin. Child Adolesc. Psychol. Am. Psychol. Assoc. Div. 53* [En ligne]. Mars 2010. Vol. 39, n°2, p. 208-219. Disponible sur : <https://doi.org/10.1080/15374410903532650>
- [134] MacKenzie M. J., Kotch J. B., Lee L.-C. « Toward a cumulative ecological risk model for the etiology of child maltreatment ». *Child. Youth Serv. Rev.* [En ligne]. septembre 2011. Vol. 33, n°9, p. 1638-1647. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2011.04.018>
- [135] MacKenzie M. J. et collab. « A cumulative ecological-transactional risk model of child maltreatment and behavioral outcomes: Reconceptualizing early maltreatment report as risk factor ». *Child. Youth Serv. Rev.* [En ligne]. novembre 2011. Vol. 33, n°11, p. 2392-2398. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2011.08.030>
- [136] Thornberry T. P. et collab. « Adolescent risk factors for child maltreatment ». *Child Abuse Negl.* [En ligne]. Avril 2014. Vol. 38, n°4, p. 706-722. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.08.009>
- [137] Fuller-Thomson E., Sawyer J.-L. « Is the cluster risk model of parental adversities better than the cumulative risk model as an indicator of childhood physical abuse?: findings from two representative community surveys ». *Child Care Health Dev.* [En ligne]. Janvier 2014. Vol. 40, n°1, p. 124-133. Disponible sur : <https://doi.org/10.1111/cch.12024>
- [138] Lamela D., Figueiredo B. « A cumulative risk model of child physical maltreatment potential: findings from a community-based study ». *J. Interpers. Violence* [En ligne]. 20 novembre 2015. Disponible sur : <https://doi.org/10.1177/0886260515615142>
- [139] Woodward L. J., Fergusson D. M. « Parent, child, and contextual predictors of childhood physical punishment ». *Infant Child Dev.* [En ligne]. 1 septembre 2002. Vol. 11, n°3, p. 213-235. Disponible sur : <https://doi.org/10.1002/icd.252>
- [140] Nemeroff C. B. « Paradise lost : the neurobiological and clinical consequences of child abuse and neglect ». *Neuron* [En ligne]. 2 mars 2016. Vol. 89, n°5, p. 892-909. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.neuron.2016.01.019>
- [141] Norman R. E. et collab. « The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis ». *PLOS Med.* [En ligne]. 2012. Vol. 9, n°1549-1676 (Electronic), p. e1001349. Disponible sur : <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001349>
- [142] Sylvestre A., Bussièrès È.-L., Bouchard C. « Language problems among abused and neglected children: a meta-analytic review ». *Child Maltreat.* [En ligne]. Février 2016. Vol. 21, n°1, p. 47-58. Disponible sur : <https://doi.org/10.1177/1077559515616703>
- [143] Bolger K. E., Patterson C. J. « Pathways from child maltreatment to internalizing problems: perceptions of control as mediators and moderators ». *Dev. Psychopathol.* 2001. Vol. 13, n°4, p. 913-940.

- [144] Cicchetti D. « Child maltreatment: implications for developmental theory and research ». *Hum. Dev.* [En ligne]. 1 juillet 1996. Vol. 39, n°1, p. 18-39. Disponible sur : <https://doi.org/10.1159/000278377>
- [145] Cicchetti D., Rogosch F. A. « Equifinality and multifinality in developmental psychopathology ». *Dev. Psychopathol.* [En ligne]. Octobre 1996. Vol. 8, n°4, p. 597-600. Disponible sur : <https://doi.org/10.1017/S0954579400007318>
- [146] Holt S., Buckley H., Whelan S. « The impact of exposure to domestic violence on children and young people: a review of the literature ». *Child Abuse Negl.* [En ligne]. Août 2008. Vol. 32, n°8, p. 797-810. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2008.02.004>
- [147] Manly J. T. et collab. « Dimensions of child maltreatment and children's adjustment: contributions of developmental timing and subtype ». *Dev. Psychopathol.* 2001. Vol. 13, n°4, p. 759-782.
- [148] Infurna M. R. et collab. « Associations between depression and specific childhood experiences of abuse and neglect: a meta-analysis ». *J. Affect. Disord.* [En ligne]. 15 janvier 2016. Vol. 190, p. 47-55. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.09.006>
- [149] Luke N., Banerjee R. « Differentiated associations between childhood maltreatment experiences and social understanding: a meta-analysis and systematic review ». *Dev. Rev.* [En ligne]. Mars 2013. Vol. 33, n°1, p. 1-28. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.dr.2012.10.001>
- [150] Maguire S. A. et collab. « A systematic review of the emotional, behavioural and cognitive features exhibited by school-aged children experiencing neglect or emotional abuse ». *Child Care Health Dev.* [En ligne]. septembre 2015. Vol. 41, n°5, p. 641-653. Disponible sur : <https://doi.org/10.1111/cch.12227>
- [151] Quarti Irigaray T. et collab. « Child maltreatment and later cognitive functioning: a systematic review ». *Psicol. Reflexao E Crit.* 2013. Vol. 26, n°2, p. 376-387.
- [152] Watts-English T. et collab. « The psychobiology of maltreatment in childhood ». *J. Soc. Issues* [En ligne]. 1 décembre 2006. Vol. 62, n°4, p. 717-736. Disponible sur : <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.2006.00484.x>
- [153] Turner H. A., Finkelhor D., Ormrod R. « The effect of lifetime victimization on the mental health of children and adolescents ». *Soc. Sci. Med.* [En ligne]. janvier 2006. Vol. 62, n°0277-9536 (Print), p. 13-27. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.05.030>
- [154] Levendosky A. A., Graham-Bermann S. A. « The moderating effects of parenting stress on children's adjustment in woman-abusing families ». *J. Interpers. Violence* [En ligne]. 1 juin 1998. Vol. 13, n°3, p. 383-397. Disponible sur : <https://doi.org/10.1177/088626098013003005>
- [155] Gagné M.-H., Drapeau S., Saint-Jacques M.-C. « Qu'est-ce qui fonctionne pour prévenir la maltraitance envers les enfants? ». In : *Enfants Maltraités Affliction À Espoir - Pist. Compr. Action*. Québec : Presses de l'Université Laval, 2012. p. 9-40.
- [156] Lavergne C., Dufour S. « Prévention et traitement en matière de violence physique envers les enfants ». In : Clément M.-É., Dufour S (éd.). *Violence À Légard Enfants En Milieu Fam.* Anjou, 2009.
- [157] Fang X. et collab. « The economic burden of child maltreatment in the United States and implications for prevention ». *Child Abuse Negl.* [En ligne]. Février 2012. Vol. 36, n°2, p. 156-165. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2011.10.006>
- [158] Gilbert R. et collab. « Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries ». *The Lancet* [En ligne]. 3 janvier 2009. Vol. 373, n°9657, p. 68-81. Disponible sur : [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61706-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61706-7)
- [159] Wang C.-T., Holton J. « Total estimated cost of child abuse and neglect in the United States ». *Econ. Impact Study*. 2007.
- [160] Egeland B., Bosquet M., Chung A. L. « Continuities and discontinuities in the intergenerational transmission of child maltreatment: implication for breaking the cycle of abuse ». In : Browne KD et collab. (éd.). *Early Predict. Prev. Child Abuse Handb.* New York, 2002.
- [161] Hammond W. R. « Public health and child maltreatment prevention: the role of the Centers for Disease Control and Prevention ». *Child Maltreat.* Mai 2003. Vol. 8, n°2, p. 81-83.
- [162] Whitaker D. J., Lutzker J. R., Shelley G. A. « Child maltreatment prevention priorities at the Centers for Disease Control and Prevention ». *Child Maltreat.* [En ligne]. Août 2005. Vol. 10, n°3, p. 245-259. Disponible sur : <https://doi.org/10.1177/1077559505274674>
- [163] Organisation mondiale de la santé. *Orientations stratégiques pour améliorer la santé et le développement des enfants et des adolescents*. [En ligne]. Organisation mondiale de la santé, 2003. Disponible sur : [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/9241591064/fr/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9241591064/fr/) (consulté le 10 juillet 2010)
- [164] Organisation mondiale de la santé. *INSPIRE: sept stratégies pour mettre fin à la violence à l'encontre des enfants*. [En ligne]. Organisation mondiale de la santé, 2015. Disponible sur : <http://www.girlsnotbrides.org/reports-and-publications/inspire-strategies-violence-enfants/>
- [165] Organisation mondiale de la santé, International society for prevention of child abuse and neglect. *Guide sur la prévention de la maltraitance des enfants : intervenir et produire des données*. [En ligne]. Organisation mondiale de la santé, 2006. Disponible sur : [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/publications/violence/child\\_maltreatment/fr/](http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/violence/child_maltreatment/fr/) (consulté le 10 juillet 2010)
- [166] Albee G. W. « Preventing psychopathology and promoting human potential ». *Am. Psychol.* Septembre 1982. Vol. 37, n°9, p. 1043-1050.
- [167] Pransky J. *Prevention: the critical need*. Springfield : Burrell Foundation and Paradigm Press, 1991. 584 p.

- [168] Fortson B. L. et collab. *Preventing child abuse and neglect: A technical package for policy, norm, and programmatic activities*. Atlanta : National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention, 2016.
- [169] Sanders M. R. « Pour une approche de santé publique dans les programmes de soutien parental factuels ». *Can. Psychol.* [En ligne]. Février 2010. Vol. 51, n°1, p. 17-30. Disponible sur : <https://doi.org/10.1037/a0018295>
- [170] Slep A. M. S., Heyman R. E. « Public health approaches to family maltreatment prevention: resetting family psychology's sights from the home to the community ». *J. Fam. Psychol. JFP J. Div. Fam. Psychol. Am. Psychol. Assoc. Div. 43* [En ligne]. août 2008. Vol. 22, n°4, p. 518-528. Disponible sur : <https://doi.org/10.1037/0893-3200.22.3.518>
- [171] Gordon R. S. « An operational classification of disease prevention ». *Public Health Rep.* 1983. Vol. 98, n°2, p. 107-109.
- [172] Mrazek P. B., Haggerty R. J. *Reducing risks for mental disorders: frontiers for preventive intervention research*. National Academies, 1994. 100 p.
- [173] Carey G., Crammond B., De Leeuw E. « Towards health equity: a framework for the application of proportionate universalism ». *Int. J. Equity Health* [En ligne]. 15 septembre 2015. Vol. 14,. Disponible sur : <https://doi.org/10.1186/s12939-015-0207-6>
- [174] Poissant J. *L'universalisme proportionné. Quelques explications additionnelles*. [En ligne]. 2015. Disponible sur : <http://avenirdenfants.org/media/269254/aeUniversalisme-proportionne-youtube-final.pdf> (consulté le 27 septembre 2016)
- [175] Asawa L. E., Hansen D. J., Flood M. F. « Early childhood intervention programs: opportunities and challenges for preventing child maltreatment ». *Educ. Treat. Child.* 2008. Vol. 31, n°1, p. 73-110.
- [176] Daro D., Donneley A. C. « Child abuse prevention: accomplishments and challenges ». In : *APSAC Handb. Child Maltreatment 2<sup>nd</sup> Ed.* Thousand Oaks, 2002. p. 431-448.
- [177] Doyle D. *Preparing for Life: testing the effectiveness of early intervention in an Irish experimental trial. Conférence*. [En ligne]. 5 février 2016. Disponible sur : <http://helpingfamilieschange.org/wp-content/uploads/2016/06/Invited-Doyle.pdf>
- [178] Chen M., Chan K. L. « Effects of parenting programs on child maltreatment prevention: a meta-analysis ». *Trauma Violence Abuse* [En ligne]. Janvier 2016. Vol. 17, n°1, p. 88-104. Disponible sur : <https://doi.org/10.1177/1524838014566718>
- [179] Gomby D. S. « The promise and limitations of home visiting: implementing effective programs ». *Child Abuse Negl.* [En ligne]. Août 2007. Vol. 31, n°8, p. 793-799. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2007.07.001>
- [180] Bugental D. B. et collab. « A cognitive approach to child abuse prevention ». *J. Fam. Psychol. JFP J. Div. Fam. Psychol. Am. Psychol. Assoc. Div. 43*. septembre 2002. Vol. 16, n°3, p. 243-258.
- [181] Bugental D. B., Schwartz A. « A cognitive approach to child mistreatment prevention among medically at-risk infants ». *Dev. Psychol.* [En ligne]. Janvier 2009. Vol. 45, n°1, p. 284-288. Disponible sur : <https://doi.org/10.1037/a0014031>
- [182] MacMillan H. L. et collab. « Interventions to prevent child maltreatment and associated impairment ». *The Lancet* [En ligne]. 17 janvier 2009. Vol. 373, n°9659, p. 250-266. Disponible sur : [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61708-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61708-0)
- [183] Nelson G., Caplan R. « The prevention of child physical abuse and neglect: an update ». *J. Appl. Res. Child. Informing Policy Child. Risk.* 2014. Vol. 5, n°1,
- [184] Prinz R. J. et collab. « Population-based prevention of child maltreatment: the U.S. Triple p system population trial ». *Prev. Sci. Off. J. Soc. Prev. Res.* [En ligne]. Mars 2009. Vol. 10, n°1, p. 1-12. Disponible sur : <https://doi.org/10.1007/s11121-009-0123-3>
- [185] Gagné M.-H., Richard M.-C., Dubé C. *Prévenir la maltraitance des enfants par le soutien au rôle parental Différenciation du système Triple P par rapport aux autres programmes en usage au Québec*. Québec : Chaire de partenariat en prévention de la maltraitance, Université Laval, 2015.
- [186] Prinz R. J. et collab. « Addendum to "Population-based prevention of child maltreatment: the U.S. Triple p system population trial". » *Prev. Sci. Off. J. Soc. Prev. Res.* [En ligne]. Avril 2016. Vol. 17, n°3, p. 410-416. Disponible sur : <https://doi.org/10.1007/s11121-016-0631-x>
- [187] Rose G. « Strategy of prevention: lessons from cardiovascular disease ». *Br. Med. J. Clin. Res. Ed.* 6 juin 1981. Vol. 282, n°6279, p. 1847-1851.
- [188] Rose G. « Sick individuals and sick populations ». *Int. J. Epidemiol.* [En ligne]. 1 mars 1985. Vol. 14, n°1, p. 32-38. Disponible sur : <https://doi.org/10.1093/ije/14.1.32>
- [189] Gagné M.-H. et collab. « Prévenir la maltraitance envers les enfants au moyen du marketing social ». *Can. J. Commun. Ment. Health* [En ligne]. 3 novembre 2014. Vol. 33, n°2, p. 85-107. Disponible sur : <https://doi.org/10.7870/cjcmh-2014-017>
- [190] Clavier C. et collab. *Évaluation du Programme de soutien aux jeunes parents (PSJP) des Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité. Partie 2. Évaluation de l'actualisation du PSJP : l'axe Création d'environnements favorables*. Facultés des sciences infirmières, Université du Montréal, 2014.
- [191] Parks S. E. et collab. *Pediatric abusive head trauma : Recommended definitions for public health surveillance and research*. Atlanta, GA : Centers for Disease Control and Prevention, 2012.

- [192] Bennett S., Grenier D., Medaglia A. « The Canadian Paediatric Surveillance Program: a framework for the timely data collection on head injury secondary to suspected child maltreatment ». *Am. J. Prev. Med.* [En ligne]. 2008. Vol. 34, n°4 Suppl, p. S140-142. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2008.01.026>
- [193] Keenan H. T. et collab. « A population-based study of inflicted traumatic brain injury in young children ». *JAMA* [En ligne]. 2003. Vol. 290, n°5, p. 621-626. Disponible sur : <https://doi.org/10.1001/jama.290.5.621>
- [194] Keenan T. H. « Epidemiology of abusive head trauma ». In : Jenny C (éd.). *Child Abuse Neglect Diagn. Treat. Evid.* Saunders, St-Louis, 2011. p. 35-38.
- [195] Anderson V., Spencer-Smith M., Leventer R. « Childhood brain insult : can age at insult help us predict outcome? ». *Brain J Neurol.* 2009. Vol. 132, p. 45-46.
- [196] Barlow K. M. et collab. « Late neurologic and cognitive sequelae of inflicted traumatic brain injury in infancy ». *Pediatrics.* 2005. Vol. 116, p. 174-185.
- [197] Bonnier C. et collab. « Neuroimaging of intraparenchymal lesions predicts outcome in shaken baby syndrome ». *Pediatrics.* 2003. Vol. 112, n°4, p. 808-814.
- [198] Chevignard M. P., Lind K. « Long-term outcome of abusive head trauma ». *Pediatr Radiol.* 2014. Vol. 44, n°4, p. 548-558.
- [199] Lind K. et collab. « Extended follow-up of neurological, cognitive, behavioral and academic outcomes after severe abusive head trauma ». *Child Abuse Negl.* [En ligne]. Janvier 2016. Vol. 51, p. 358-367. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.08.001>
- [200] King W. J. et collab. « Shaken baby syndrome in Canada: clinical characteristics and outcomes of hospital cases ». *CMAJ Can. Med. Assoc. J. J. Assoc. Medicale Can.* 2003. Vol. 168, n°2, p. 155-159.
- [201] Rhine T., Wade S. L., Makoroff K. L. « Clinical predictors of outcome following inflicted traumatic brain injury in children ». *J Trauma Acute Care Surg.* 2012. Vol. 73, p. 248-253.
- [202] Keenan H. T. et collab. « Neurodevelopmental consequences of early traumatic brain injury in 3-year-old children ». *Pediatrics* [En ligne]. 2007. Vol. 119, n°3, p. e616-623. Disponible sur : <https://doi.org/10.1542/peds.2006-2313>
- [203] Stipanovic A. et collab. « Comparative study of the cognitive sequelae of school-aged victims of shaken baby syndrome ». *Child Abuse Negl.* 2008. Vol. 32, p. 415-428.
- [204] Barr R. G., Trent R. B., Cross J. « Age-related incidence curve of hospitalized shaken baby syndrome cases: convergent evidence for crying as a trigger to shaking ». *Child Abuse Negl.* 2006. Vol. 30, p. 7-16.
- [205] Lee C. et collab. « Age-related incidence of publicly reported shaken baby syndrome cases: is crying a trigger for shaking? ». *J. Dev. Behav. Pediatr. JDBP* [En ligne]. 2007. Vol. 28, n°4, p. 288-293. Disponible sur : <https://doi.org/10.1097/DBP.0b013e3180327b55>
- [206] Adamsbaum C. et collab. « Abusive head trauma: judicial admissions highlight violent and repetitive shaking ». *Pediatrics* [En ligne]. 2010. Vol. 126, n°3, p. 546-555. Disponible sur : <https://doi.org/10.1542/peds.2009-3647>
- [207] Petska H. W., Sheets L. K. « Sentinel injuries : subtle findings of physical abuse ». *Pediatr Clin N Am.* 2014. Vol. 61, n°5, p. 923-935.
- [208] Barr R. G. « Crying as a trigger for abusive head trauma : a key to prevention ». *Pediatr Radiol.* 2014. Vol. 44, n°4, p. 559-564.
- [209] Lopes N. R. L., Williams L. C. de A. « Pediatric Abusive Head Trauma Prevention Initiatives: A Literature Review ». *Trauma Violence Abuse* [En ligne]. 2016. Disponible sur : <https://doi.org/10.1177/1524838016675479>
- [210] Altman R. L. et collab. « Parent education by maternity nurses and prevention of abusive head trauma ». *Pediatrics.* 2011. Vol. 128, n°5, p. 1164-1172.
- [211] Dias M. S. et collab. « Preventing abusive head trauma among infants and young children : a hospital-based, parent education program ». *Pediatrics.* 2005. Vol. 115, n°4, p. 470-477.
- [212] Barr R. G. « Preventing abusive head trauma resulting from a failure of normal interaction between infants and their caregivers ». *Proc Natl Acad Sci U A.* 2012. Vol. 109, p. 17294-17301.
- [213] Barr R. G., Rivara F. P., Barr M. « Effectiveness of educational materials designed to change knowledge and behaviors regarding crying and shaken-baby syndrome in mothers of newborns : a randomized, controlled trial ». *Pediatrics.* 2009. Vol. 123, n°3, p. 972-980.
- [214] Barr R. G. et collab. « Education about crying in normal infants is associated with a reduction in pediatric emergency room visits for crying complaints ». *J. Dev. Behav. Pediatr. JDBP* [En ligne]. mai 2015. Vol. 36, n°4, p. 252-257. Disponible sur : <https://doi.org/10.1097/DBP.000000000000156>
- [215] Bechtel K. et collab. « Impact of an educational intervention on caregivers' beliefs about infant crying and knowledge of shaken baby syndrome ». *Acad. Pediatr.* [En ligne]. 2011. Vol. 11, n°6, p. 481-486. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.acap.2011.08.001>
- [216] Goulet C. et collab. « Development and evaluation of a shaken baby syndrome prevention program ». *J. Obstet. Gynecol. Neonatal Nurs.* 2009. Vol. 38, p. 7-21.
- [217] Zolotor A. J., Runyan D. K., Shanahan M. « Effectiveness of a statewide abusive head trauma prevention program in North Carolina ». *JAMA Pediatr.* 2015. Vol. 169, n°12, p. 1126-1131.
- [218] Keenan H. T., Leventhal J. M. « A case-control study to evaluate Utah's shaken baby prevention program ». *Acad Pediatr.* 2010. Vol. 10, n°6, p. 389-394.

- [219] Dias M. S. et collab. « Association of a Postnatal Parent Education Program for Abusive Head Trauma With Subsequent Pediatric Abusive Head Trauma Hospitalization Rates ». *JAMA Pediatr.* [En ligne]. 2017. Vol. 171, n°3, p. 223-229. Disponible sur : <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2016.4218>
- [220] Leventhal J. M., Asnes A. G., Bechtel K. « Prevention of pediatric abusive head trauma : Time to rethink interventions and reframe messages ». *JAMA Pediatr.* 2017. Vol. 171, n°3, p. 218-220.
- [221] Scribano P. V. et collab. « Association of perpetrator relationship to abusive head trauma clinical outcomes ». *Child Abuse Negl.* 2013. Vol. 37, n°10, p. 771-777.
- [222] Frappier J. Y., Fortin S., Déziel I. *Bilan projet prévention TCNA-SBS du CHUSJ*. Montréal : CHUSJ, 2017.
- [223] Vinchon M. « Shaken baby syndrome: what certainty do we have? ». *Childs Nerv. Syst. ChNS Off. J. Int. Soc. Pediatr. Neurosurg.* [En ligne]. Octobre 2017. Vol. 33, n°10, p. 1727-1733. Disponible sur : <https://doi.org/10.1007/s00381-017-3517-8>
- [224] Alexander R. et collab. « Serial abuse in children who are shaken ». *Am J Child.* 1990. Vol. 144, p. 58-60.
- [225] King W. K., Kiesel E. L., Simon H. K. « Child abuse fatalities : are we missing opportunities for intervention? ». *Pediatr Emerg Care.* 2006. Vol. 22, p. 211-214.
- [226] Letson M. M. et collab. « Prior opportunities to identify abuse in children with abusive head trauma ». *Child Abuse Negl.* 2016. Vol. 60, p. 36-45.
- [227] Oral R., Yagmur F., Nashelsky M. « Fatal abusive head trauma cases : consequence of medical staff missing milder forms of physical abuse ». *Pediatr Emerg Care.* 2008. Vol. 24, p. 816-821.
- [228] Petska H. W., Sheets L. K., Knox B. L. « Facial bruising as a precursor to abusive head trauma ». *Clin Pediatr.* 2013. Vol. 52, n°1, p. 86-88.
- [229] Thackeray J. et collab. « Predictors of increasing injury severity across suspected recurrent episodes of non-accidental trauma : A retrospective cohort study ». *BMC Pediatr.* 2016. Vol. 16, n°8, p. 2-10.
- [230] Sheets L. K., Leach M. E., Koszewski I. J. « Sentinel injuries in infants evaluated for child physical abuse ». *Pediatrics.* 2013. Vol. 131, n°4, p. 701-7.
- [231] Société canadienne de pédiatrie. *Lignes directrices multidisciplinaires sur la détermination, l'enquête et la prise en charge des cas présumés de trauma crânien non accidentel*. Ottawa, Ontario : Société canadienne de pédiatrie, 2007.
- [232] Fréchette S., Romano E. « Change in corporal punishment over time in a representative sample of Canadian parents ». *J. Fam. Psychol. JFP J. Div. Fam. Psychol. Am. Psychol. Assoc. Div. 43* [En ligne]. Août 2015. Vol. 29, n°4, p. 507-517. Disponible sur : <https://doi.org/10.1037/fam0000104>