



# Mauvais traitements infligés Maux enfants :

Que faire - Guide de référence à l'intention des professionnels qui travaillent auprès des enfants

Centre national d'information sur la violence dans la famille

## Introduction

Un des plus grands défis pour les professionnels qui travaillent au contact des enfants et des parents consiste à déceler les cas de mauvais traitements et à déterminer quand et comment signaler les cas présumés. Le présent document vise à fournir des renseignements concernant :

- 1) la façon de déceler et de signaler les cas présumés ou observés de mauvais traitements,
- 2) les obligations légales,
- 3) les méthodes de prévention et de traitement, et les données d'efficacité connexes.

Le présent document ne fournit toutefois aucune information sur le traitement des agresseurs. La législation en matière de protection de l'enfance relève des gouvernements provinciaux et territoriaux; aussi les personnes ayant besoin de renseignements concernant les ressources locales devraient-elles communiquer avec un organisme de protection de l'enfance de leur localité. Vous trouverez des renseignements sur les personnes-ressources des services locaux de protection de l'enfance sur le site Web du Centre d'excellence pour la protection et le bien-être des enfants (Autres lectures/ressources à la page 10).

## Diagnostic de mauvais traitements infligés à l'enfant

Les mauvais traitements infligés aux enfants comprennent la violence physique, l'abus sexuel, la violence psychologique, la négligence, et l'exposition à la violence familiale. De nombreux signes et symptômes, tant physiques que

comportementaux, peuvent être associés aux mauvais traitements infligés aux enfants (tableau 1); il est néanmoins possible qu'un enfant maltraité n'en présente aucun. À l'inverse, il importe toutefois de préciser que *la présence de l'un ou de plusieurs de ces signes ou symptômes ne prouve pas nécessairement qu'il y ait eu violence ou négligence envers l'enfant*. Aucun signe ou

symptôme ne permet, à lui seul, de poser un diagnostic de mauvais traitements infligés à l'enfant, puisque la plupart des signes comportementaux sont non spécifiques.

Tout signe doit être examiné en tenant compte de l'âge de l'enfant et de son stade de développement, ainsi que des explications ou du témoignage de l'enfant et de la personne qui s'en occupe<sup>1</sup>.

Tableau 1 : Signes et symptômes potentiels des mauvais traitements infligés aux enfants<sup>1-6</sup>

	<b>Signes physiques</b>	<b>Signes comportementaux</b>
Violence physique	<p>Meurtrissures au niveau des tissus mous (notamment à la tête, au cou, au tronc et aux bras)</p> <p>Marques de contusions étendues, multiples et groupées, à divers stades de guérison</p> <p>Brûlures (p. ex., aux mains, aux pieds, aux organes génitaux)</p> <p>Fractures mal expliquées</p> <p>Radiographies établissant l'existence de fractures multiples antérieures</p> <p>Traumatismes crâniens, en particulier hémorragie cérébrale</p> <p>Hémorragie rétinienne</p>	<p>Les signes comportementaux énumérés ci-dessous ne sont pas spécifiques à une forme de mauvais traitements en particulier. Un enfant victime de mauvais traitements peut présenter des signes comportementaux ou émotionnels inhabituels, notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>› anxiété, dépression, faible estime de soi,</li> <li>› comportement perturbateur ou agressif,</li> <li>› hyperactivité,</li> <li>› troubles du sommeil ou cauchemars,</li> <li>› régression des aptitudes (p. ex. incontinence urinaire nocturne),</li> <li>› crainte inhabituelle des contacts physiques avec d'autres personnes,</li> <li>› attitude impassible lorsqu'il se blesse,</li> <li>› timidité, passivité et repli sur soi anormaux,</li> <li>› idées ou comportements suicidaires,</li> <li>› l'enfant suce son pouce, se berce ou mord,</li> <li>› peu sociable, peu d'échanges avec les autres,</li> <li>› absentéisme scolaire, fugue, prostitution.</li> </ul> <p>Les enfants victimes de négligence peuvent mendier ou voler pour pouvoir manger. Quant aux enfants victimes d'abus sexuel, ils peuvent afficher des attitudes à caractère sexuel anormales/déplacées, mais cette situation peut aussi résulter d'autres formes de mauvais traitements comme la négligence.</p>
Violence psychologique	<p>Problèmes d'élocution</p> <p>Retard du développement</p> <p>Symptômes physiques inexpliqués</p>	
Négligence	<p>Enfant trouvé seul, sans surveillance, n'ayant pas reçu les soins médicaux dont il a besoin</p> <p>Abandon</p> <p>Malnutrition, retard de croissance</p> <p>Apparence négligée, piètre hygiène</p>	
Abus sexuel	<p>Lésions localisées dans la région génitale ou anale</p> <p>Présence inexpliquée d'une infection transmise sexuellement, d'une infection ou d'un écoulement vaginal ou urétral</p> <p>Grossesse</p>	
Exposition à la violence familiale	<p>Risque accru d'être victime de violence physique ou de blessures, parce qu'une scène de violence familiale se déroule à proximité de l'enfant</p>	

## Signalement des cas et incidences juridiques

### *Si je soupçonne qu'un enfant est victime de violence ou de négligence, dois-je le signaler?*

Il est souvent possible de consulter des spécialistes locaux du domaine ou de communiquer de façon anonyme avec un bureau de protection de l'enfance de la région pour discuter de la situation et obtenir des conseils qui vous permettront de déterminer s'il y a lieu de signaler officiellement la situation.

Lorsque vous demandez des conseils, expliquez ce qui vous a amené à croire que l'enfant est maltraité. Le professionnel consulté doit avoir un bon aperçu des aspects préoccupants sur le plan des facteurs de risque, des signes ou des comportements, etc. (voir tableau 1) ou bien comprendre la situation qui a éveillé vos soupçons. Signalez sans tarder vos soupçons et, surtout, gardez à l'esprit que vous devez d'abord agir dans l'intérêt de l'enfant.

### **Que faire si vous soupçonnez qu'un enfant est maltraité ou s'il a signalé être victime de mauvais traitements?**

1. Signalez rapidement vos soupçons (autrement dit, n'attendez pas des jours ou des semaines).
2. Gardez à l'esprit l'intérêt de l'enfant et protégez-le contre toute autre forme de sévices (c.-à.-d., évitez qu'il ne se retrouve dans la même situation de violence ou de négligence).
3. Notez par écrit ce que l'on vous a dit et le nom de l'informateur, ainsi que vos propres observations et interventions.

4. Si l'enfant vous a confié être victime de mauvais traitements, rassurez-le et dites-lui qu'il a bien fait d'en parler, car il se peut qu'il éprouve des sentiments ambivalents et/ou de la loyauté vis-à-vis de l'agresseur.
5. Essayez d'en apprendre le plus possible concernant la situation et le contexte; tentez de savoir si l'enfant court un risque à présent (p. ex. s'il demeure en contact avec l'agresseur), mais ne demandez pas de détails à l'enfant. Cette responsabilité est celle des SPE.
6. Communiquez avec les SPE de votre région et signalez la situation. Fournissez des données d'identification ainsi que vos coordonnées personnelles.
7. En consultation avec les SPE, évaluez si l'état physique de l'enfant nécessite un examen et/ou un traitement médicaux immédiats et s'il doit être aiguillé vers des services de soins d'urgence locaux ou des équipes de soins aux victimes d'agression sexuelle, etc.
8. Étudiez la possibilité d'aiguiller l'enfant vers un professionnel de la santé mentale pour qu'il évalue/traité tout problème d'ordre psycho-social ou psychiatrique.
9. Des plans à court et à long termes devraient être préparés en collaboration avec les SPE pour assurer la sécurité de l'enfant.

### *Que doit-on faire une fois que les services de protection de l'enfance (SPE) ont été informés?*

Rassurez l'enfant, tout de suite et régulièrement par la suite, en lui disant qu'il a bien fait d'en parler, que c'était la chose à faire. Laissez l'enfant exprimer ses sentiments et ses pensées concernant ses aveux et les événements ultérieurs. Il faudrait aussi qu'un professionnel en particulier reste en communication constante avec l'enfant (p. ex. professionnel des SPE, médecin de famille) afin d'assurer un suivi et d'apporter son soutien.

Selon la nature de votre rôle auprès de l'enfant, il faudrait assurer le suivi de sa santé physique et psychosociale à long terme. Étant donné que les besoins individuels et les ressources disponibles varient, il est impossible de faire des recommandations précises concernant la fréquence et la nature des évaluations nécessaires et le professionnel à qui cette responsabilité doit être confiée. Ces décisions sont présentement fondées sur des évaluations de la situation particulière des enfants et des familles. Les enfants qui ont subi des mauvais traitements sont plus susceptibles que les enfants non maltraités d'être victimes ultérieurement de violence ou de négligence<sup>7-11</sup>. Même dans les cas où on a soupçonné de la violence mais que les SPE n'ont pas corroboré cette violence, il semble que le risque de rapports et de corroboration par la suite soit élevé<sup>12</sup>. Une surveillance étroite de ces enfants et de leur famille peut donc s'avérer nécessaire.

### ***Responsabilités légales associées aux cas présumés de mauvais traitements envers l'enfant***

Les lois sur le signalement des cas de mauvais traitements à l'endroit des enfants relèvent de la compétence des gouvernements provinciaux et territoriaux. Chaque province et territoire est doté de lois qui rendent obligatoire le signalement par les professionnels des cas présumés de mauvais traitements envers les enfants\*. Les professionnels ayant des « motifs

raisonnables de croire » ou « des motifs raisonnables de soupçonner qu'un enfant subit, peut subir ou peut avoir subi des mauvais traitements » ont le devoir d'en faire rapport<sup>14</sup>.

Il n'est pas nécessaire de détenir des preuves pour signaler un cas de violence ou de négligence. Si le professionnel a des raisons de croire qu'il y a eu mauvais traitements, c'est en soi un motif suffisant pour justifier d'en faire rapport. Les SPE sont responsables de mener des enquêtes et de protéger l'enfant<sup>14</sup>.

La personne qui signale un cas de mauvais traitements envers un enfant est protégée contre toute poursuite judiciaire, sous réserve qu'elle agisse de bonne foi. Dans la plupart des provinces et territoires, des sanctions sont prévues pour ceux qui omettent de signaler; en règle générale, ces mesures visent les professionnels qui travaillent auprès des enfants, comme les enseignants, les éducateurs de jeunes enfants, les autorités policières et les professionnels de la santé. En principe, ces professionnels sont censés posséder les compétences nécessaires pour déceler et signaler les cas suspects<sup>14</sup>. Les membres de la population en général ne sont pas légalement tenus de dénoncer des concitoyens ou des membres de leur famille<sup>14</sup>, mais on les encourage à le faire s'ils soupçonnent qu'un enfant est victime de mauvais traitements.

---

\* Le Yukon est le seul territoire où le signalement des cas présumés de mauvais traitements infligés aux enfants n'est pas obligatoire; néanmoins, aux termes d'autres lois dans cette juridiction, la plupart des professionnels et des travailleurs exerçant dans l'enseignement ou dans les services de garde du Yukon sont tenus de signaler de tels cas. Le Yukon envisage toutefois de modifier le *Children's Act*, et le signalement pourrait devenir obligatoire dans l'avenir<sup>13</sup>.

### **À qui doit-on signaler les cas présumés de mauvais traitements infligés aux enfants?**

Dans la plupart des provinces et territoires, les cas où on a soupçonné des mauvais traitements envers les enfants doivent être signalés aux SPE locaux<sup>14</sup>. À Terre-Neuve, en Saskatchewan, à l'Île-du-Prince-Édouard et dans les Territoires du Nord-Ouest, la législation autorise le signalement des cas à la GRC qui, à son tour, a le devoir d'en informer les SPE.

Dans les collectivités des Premières nations de chaque province, sauf dans quelques collectivités de la Colombie-Britannique et de l'Ontario, la gestion des cas de mauvais traitements infligés aux enfants a été confiée aux Services à l'enfance et à la famille des Premières nations (SEFPN); le signalement des cas doit donc se faire auprès des SEFPN concernés<sup>15</sup>. En Colombie-Britannique et en Ontario, on compte des SEFPN qui sont entièrement ou en partie responsables de gérer ces cas. Les premiers ont plein pouvoir de recevoir les signalements d'enfants maltraités et d'intervenir. Quant aux SEFPN ayant reçu un mandat partiel, ils n'ont ni le pouvoir de recevoir ni celui d'évaluer les cas d'enfants victimes de mauvais traitements; par conséquent, dans les collectivités où ces SEFPN sont en place, les cas doivent être signalés aux SPE. Dans les Territoires du Nord-Ouest et à l'Île-du-Prince-Édouard, on ne compte aucun SEFPN; les cas où on a soupçonné des mauvais traitements doivent donc être signalés aux SPE locaux, même dans les collectivités des Premières nations.

En cas de doute, les professionnels peuvent demander au bureau des SPE de leur localité à qui s'adresser pour signaler un cas soupçonné de mauvais traitements envers un enfant.

### **Non-signalement par un professionnel d'un cas où on a soupçonné des mauvais traitements envers un enfant**

Tout professionnel qui manque à son devoir de signalement est passible de poursuites par les autorités provinciales ou territoriales. Il peut faire l'objet d'une action en responsabilité civile ainsi que de sanctions disciplinaires imposées par l'organisme qui réglemente sa profession<sup>14</sup>.

### **Confidentialité des renseignements fournis par le patient-client**

Dans la vaste majorité des cas, le devoir de signalement prime sur le principe du respect de la confidentialité des renseignements divulgués aux professionnels de la santé et aux autorités policières et religieuses. Cependant, ce principe ne s'applique pas dans le contexte des échanges entre l'avocat et son client concernant les soupçons de mauvais traitements infligés à l'enfant (sauf à Terre-Neuve-et-Labrador et au Yukon<sup>14</sup>).

### **Mises à jour apportées au Code criminel concernant les mauvais traitements envers les enfants**

Le *Code criminel du Canada* a récemment été mis à jour afin de refléter les enjeux actuels en matière de mauvais traitements. Les modifications visaient, entre autres, à désigner la mutilation des organes génitaux de la femme, le tourisme sexuel impliquant des enfants et l'utilisation d'Internet à des fins d'exploitation sexuelle comme étant des actes criminels. La *Loi sur la preuve au Canada* a également été modifiée récemment afin que les enfants puissent être accompagnés par des personnes qui les soutiennent lorsqu'ils doivent témoigner, qu'ils

puissent témoigner à huis-clos et qu'on leur évite d'être contre-interrogés par la personne accusée du crime<sup>16</sup>.

## Prévention et intervention

### *Prévention de la violence physique infligée par les parents*

Des programmes prévoyant la visite au foyer d'infirmières et de personnel auxiliaire afin d'aider à prévenir les mauvais traitements infligés aux enfants ont été mis en œuvre à grande échelle et évalués partout en Amérique du Nord. Des recherches portant sur le Nurse Family Partnership (NFP)<sup>17</sup>, un programme américain de visites assidues à domicile effectuées par des infirmières auprès de femmes désavantagées sur le plan social mères d'un premier enfant, confirment que le NFP est efficace pour prévenir la violence envers les enfants et améliorer les résultats chez ces derniers. Ce programme débute pendant la grossesse et se poursuit jusqu'à ce que l'enfant atteigne l'âge de deux ans. Depuis sa mise en œuvre, on a observé de façon constante des améliorations en ce qui concerne le milieu de vie, les problèmes de comportement et les taux de blessures chez les enfants<sup>17-25</sup>. À la lumière de cette évaluation et de ces résultats positifs, le NFP<sup>17</sup> est recommandé chez les mères d'un premier enfant présentant un ou plusieurs des facteurs de risque suivants : pauvreté, monoparentalité et jeune âge<sup>26</sup>. D'autres recherches sont nécessaires pour

déterminer si les résultats du NFP peuvent être obtenus en contexte canadien.

### **Efficacité des visites à domicile effectuées par des infirmières**

Ces visites ont pour objectifs d'éduquer, de former et de soutenir les familles dans les domaines suivants :

- suivi prénatal, soins, santé et développement du nourrisson et de l'enfant,
- prévention de la violence et de la négligence,
- interactions sociales avec les nourrissons et les tout-petits,
- aide à la planification familiale,
- compétences en matière de résolution de problèmes et de dynamique de la vie,
- scolarité et perspectives d'emploi,
- soutien sur le plan des ressources communautaires.

### *Que faut-il faire lorsqu'un enfant a été victime de violence physique?*

Il existe peu de données sur la façon d'intervenir efficacement lorsqu'il y a eu violence physique. La seule étude ayant évalué rigoureusement les visites à domicile d'infirmières dans des familles où des cas de violence physique et de négligence étaient survenus a révélé que ces visites n'empêchaient pas que la situation se reproduise<sup>7</sup>. D'autres études rigoureuses évaluant la thérapie axée sur la communication parents-enfants, la thérapie fondée sur le soutien apporté par des pairs résilients à des enfants d'âge préscolaire repliés sur eux-mêmes, la thérapie cognitivo-comportementale et la

thérapie familiale ont fait état de résultats prometteurs sur les plans de la réduction de la récurrence de la violence et/ou de l'amélioration des résultats pour l'enfant et les parents<sup>8,27-28</sup>. Ces démarches thérapeutiques devront toutefois faire l'objet d'études plus poussées avant d'être adoptées à grande échelle.

### **Prévention de l'abus sexuel**

Parmi les différents types d'intervention axés sur la réduction des cas d'abus sexuel, ce sont les programmes d'éducation sur l'abus sexuel dispensés dans les écoles primaires qui ont fait l'objet du plus grand nombre d'études. Les recherches indiquent que ce type de programme n'a pas son pareil pour améliorer les connaissances en matière d'autoprotection<sup>29</sup>; toutefois, on ignore si cela se traduit par une réduction des taux d'abus sexuels<sup>26</sup>. Certaines études laissent entendre que ces programmes pourraient accroître les taux de signalement a posteriori des cas d'abus sexuels, mais les résultats ne sont pas définitifs<sup>30-31</sup>.

Ces programmes peuvent être source de détresse, mais celle-ci semble sans gravité et ne semble pas entraver l'achèvement ou le succès des programmes<sup>32</sup>. Même si le Canada compte de nombreux programmes de ce genre, on ignore s'ils permettent réellement de prévenir l'abus sexuel envers les enfants. Les familles et les professionnels doivent en être conscients et de ne pas les considérer comme une mesure de prévention<sup>26,33</sup>.

### **Que faut-il faire lorsqu'un enfant a été victime d'abus sexuel?**

Plusieurs essais comparatifs randomisés indiquent que la thérapie cognitivo-comportementale axée sur le traumatisme (TCC-AT) est efficace dans le traitement des symptômes associés à l'état de stress post-traumatique (ESPT), à la dépression et/ou à l'anxiété chez les enfants victimes d'abus sexuel<sup>34-39</sup>. La TCC-AT a été évaluée pour certains groupes d'âge, notamment chez les enfants d'âges préscolaire et scolaire et les adolescents.

#### **Éducation complète sur l'abus sexuel**

Visé à enseigner aux enfants comment se protéger contre les abus sexuels et déceler des situations potentiellement abusives. Les enfants apprennent aussi comment dire à un adulte en qui ils ont confiance qu'ils sont/ont été victimes d'abus. Cette démarche fait appel à plusieurs ressources, dont les suivantes :

- vaste programme structuré d'enseignement,
- formation en groupe,
- entraînement comportemental,
- formation à partir de vidéocassettes,
- participation parentale,
- instructeurs qualifiés.

#### **Thérapie cognitivo-comportementale axée sur le traumatisme (TCC-AT)**

Parmi les éléments principaux de la TCC-AT, on compte les suivants :

- relation thérapeutique de soutien,
- psychoéducation,
- formation en gestion du stress,
- exposition graduelle (c.-à-d., amener progressivement l'enfant à s'exprimer sur le traumatisme vécu),
- reconnaissance et gestion de circonstances qui rappellent les situations d'abus vécues,
- traitement cognitif,
- capacités cognitives d'adaptation.

Des études indiquent que l'enfant tire un plus grand bénéfice de sa thérapie lorsqu'un parent ou un parent-substitut non-agresseur y participe<sup>34,35</sup>. La composante « parent » de cette thérapie va de pair avec la composante « enfant » et aborde les aptitudes à éduquer l'enfant. La TCC-AT est une intervention prometteuse, et des études sont en cours pour en évaluer l'efficacité en milieu communautaire. Les données de la recherche sur d'autres traitements prometteurs de l'ESPT ne sont pas aussi solides ou claires que ne le sont celles à la TCC-AT<sup>40</sup>.

#### **Traitements prometteurs de l'ESPT lié à l'abus sexuel :**

- Thérapie individuelle psychodynamique axée sur l'abus
- Médicaments (à savoir, la prise d'inhibiteurs spécifiques du recaptage de la sérotonine [ISRS])

#### **Prévention de la négligence**

Le programme Nurse Family Partnership (NFP) à la page 6 s'est également avéré efficace pour prévenir la négligence. Néanmoins, ces résultats positifs sont propres au NFP et ne s'appliquent pas nécessairement à des programmes similaires.

#### **Que faut-il faire lorsqu'un enfant a été victime de négligence?**

Aucune des interventions étudiées à ce jour ne peut être recommandée pour traiter les effets de la négligence. Cependant, un certain nombre d'interventions semblent prometteuses pour les enfants victimes de négligence et leur famille. La thérapie de groupe par le jeu et celle fondée sur le soutien apporté par des

pairs résilients à des enfants d'âge préscolaire repliés sur eux-mêmes peuvent améliorer le comportement social. Les thérapies de jour, quant à elles, peuvent accroître l'estime de soi<sup>28,41-43</sup>, tandis que la thérapie multisystémique et l'éducation des parents peuvent améliorer les relations parents-enfants et diminuer les problèmes associés au rôle parental et les problèmes sociaux de la famille<sup>44</sup>.

#### **Interventions auprès des enfants victimes de violence psychologique**

Très peu de recherches sur la prévention ou le traitement de la violence psychologique ont été menées; par ailleurs, on ne s'entend toujours pas sur la façon de définir ce type de violence<sup>45</sup>. Étant donné la rareté des recherches sur la violence psychologique, aucune intervention ne peut être recommandée. De toute évidence, d'autres études doivent être menées dans ce domaine.

#### **Interventions auprès des enfants exposés à la violence familiale**

La plupart des recherches sur les interventions visant à résoudre les problèmes de violence familiale se sont penchées sur des programmes de prévention de la récurrence (dont des programmes de traitement à l'intention des agresseurs) ayant obtenu des résultats mitigés et qui ne peuvent donc pas être recommandés à vaste échelle<sup>46</sup>. Trop peu de recherches ont été menées sur les programmes visant à aider les enfants qui ont été exposés à la violence familiale. Par conséquent, aucune intervention ne peut être recommandée pour l'instant; c'est là un autre domaine où des recherches s'imposent.



### ***Interventions auprès d'enfants victimes de mauvais traitements, qui ne présentent aucun signe ou symptôme***

On ne sait trop si les enfants victimes de mauvais traitements qui ne présentent aucun signe ou symptôme devraient recevoir un traitement. Certains spécialistes sont d'avis qu'il faudrait évaluer les facteurs de risque qui accroissent la probabilité que ces enfants présentent des symptômes psychosociaux et apprendre à ces enfants à reconnaître et à normaliser leurs émotions, de même que prévenir toute victimisation ultérieure. Il faudrait aussi que les parents reçoivent une éducation adéquate sur les mauvais traitements infligés aux enfants<sup>40</sup>. D'autres spécialistes préconisent d'attendre tout en étant à l'affût d'éventuels changements comportementaux<sup>26</sup>. Les spécialistes s'entendent toutefois sur le fait qu'il convient d'évaluer l'enfant, d'intervenir auprès de lui et/ou de l'aiguiller rapidement lorsque sa situation est préoccupante. Il existe des traitements efficaces précis pour résoudre de nombreux problèmes psychologiques (p. ex. dépression) dont peuvent souffrir les enfants victimes de mauvais traitements<sup>47-50</sup>.

### ***Retirer un enfant de la garde de ses parents/parents-substitués***

Il est difficile et complexe de déterminer si un enfant doit être retiré de la garde de ses parents ou de ses parents-substitués de façon temporaire ou permanente. Les données des recherches n'établissent pas clairement dans quelles circonstances il y a lieu de retirer un enfant de son foyer, ni à quel moment précis. De telles décisions sont normalement prises au terme de discussions faisant intervenir les familles, les professionnels de la santé, les

intervenants de la protection de l'enfance et, parfois, les tribunaux. On a souligné l'importance de la « planification durable », qui vise à faire en sorte que la situation de vie de l'enfant confié aux soins des organismes de protection de l'enfance soit la plus stable possible<sup>51</sup>.

## **Incidences pour les praticiens**

La prise en charge de cas de mauvais traitements envers les enfants peut être très stressante. Il se peut que les praticiens aient besoin d'être soutenus personnellement et/ou d'être appuyé par des professionnels lorsqu'ils doivent traiter des cas de mauvais traitements.

### ***Identification et signalement***

Chaque fois qu'un praticien évalue un enfant sur le plan médical, psychiatrique ou autre, il importe qu'il soit à l'affût des déclarations, signes ou symptômes indiquant que l'enfant a subi ou risque de subir de mauvais traitements. Une évaluation plus fouillée s'impose en cas de doute. Dans l'éventualité où le clinicien présume que l'enfant a été victime de mauvais traitements, il/elle est légalement tenu de le signaler.

### ***Prévention et intervention***

Les praticiens seront appelés à prendre la défense des enfants et de leur famille et à formuler des recommandations en matière de prévention, de gestion et de traitement. Il importe donc qu'ils se tiennent au fait des méthodes d'intervention fondées sur des preuves, car ce domaine est en constante évolution. La

sécurité de l'enfant est prioritaire, aussi doit-on envisager des solutions appropriées en collaboration avec les SPE et, au besoin, avec les autorités policières. La sécurité de l'enfant doit être assurée sur-le-champ, et des mesures doivent être prises pour remédier à tout problème de santé urgent. Ensuite, il faut évaluer de manière approfondie la santé physique et psychologique de l'enfant ainsi que son développement. Si des signes, symptômes ou troubles associés à des mauvais traitements sont décelés, alors des plans doivent être établis pour la prise en charge et le traitement de l'enfant et/ou l'enfant doit être dirigé vers les services compétents. Lorsque les interventions particulières pertinentes mentionnées dans ce guide sont accessibles, l'enfant doit pouvoir en bénéficier. Dans le cas contraire, ou lorsqu'une intervention auprès de l'enfant ou de sa famille ne donne pas les résultats escomptés, il faut alors rechercher d'autres solutions thérapeutiques.

Il existe des traitements fondés sur des preuves pour de nombreux troubles de l'enfance (p. ex. dépression), mais leur disponibilité est variable; lorsque ces traitements ne sont pas disponibles, les praticiens doivent tenter de trouver le meilleur traitement offert et faire valoir la nécessité d'obtenir davantage de services et de programmes de formation. Lorsqu'un enfant ne présente aucun signe ou symptôme de mauvais traitements, il est essentiel d'évaluer sa santé et son développement et de s'assurer qu'il est en sécurité à intervalles réguliers.

## **Communication et documentation**

Étant donné le nombre de professionnels susceptibles d'intervenir auprès d'un enfant victime de mauvais traitements, il importe de bien définir le rôle et les responsabilités de chacun et d'établir des voies de communication efficaces et directes. Tout document ayant trait aux mauvais traitements doit être rédigé sans tarder, dans un style clair et compréhensible.

## **Autres lectures/ ressources**

### **Centre d'excellence pour la protection et le bien-être des enfants**

[http://www.cecw-cepb.ca/home\\_f.shtml](http://www.cecw-cepb.ca/home_f.shtml)

Faculté du travail social  
Université de Toronto  
246, rue Bloor ouest  
Toronto (Ontario) M5S 1A1  
Télec. : (416) 946-8846

Le Centre d'excellence pour la protection et le bien-être des enfants (CEPB) appuie la recherche et la diffusion des connaissances sur la prévention et le traitement de la violence et de la négligence à l'égard des enfants. Il assure également la publication de rapports sur les dernières statistiques en matière de protection de l'enfance au Canada. Le site Web du CEPB permet d'accéder à une longue liste de ressources et de publications, d'interroger des bases de données sur des recherches publiées ou en cours portant sur la protection de l'enfance et d'identifier un réseau de chercheurs du domaine de la

protection de l'enfance. Il renferme également une section *Politique*, qui contient des renseignements sur la législation en matière de protection de l'enfance, par province et territoire. Le CEPB met aussi à disposition des renseignements sur le processus de signalement de cas d'enfants victimes de mauvais traitements ainsi que les coordonnées des ministères provinciaux et territoriaux responsables des services à l'enfance et des ressources locales pour les enfants et les parents ([http://www.cccw-cepbc.ca/Other/ProvAssistance\\_f.shtml](http://www.cccw-cepbc.ca/Other/ProvAssistance_f.shtml)).

### **Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants**

<http://www.excellence-earlychildhood.ca>  
3050, boulevard Édouard-Montpetit  
Bureau A-205  
Montréal (Québec) H3T 1J7  
Tél. : (514) 343-6111, poste 2541  
Télééc. : (514) 343-6962

Le Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants fournit de l'information sur les recherches dans le domaine du développement des jeunes enfants. Son site Web héberge également une encyclopédie sur le développement des jeunes enfants, qui comporte des renseignements fondés sur des données probantes sur une vaste gamme de sujets préoccupant les parents, les chercheurs, les éducateurs et les professionnels œuvrant auprès des jeunes enfants et de leur famille.

### **Centre national d'information sur la violence dans la famille**

<http://www.phac-aspc.gc.ca/nc-cn>

Unité de prévention de la violence familiale

Agence de santé publique du Canada

200, promenade Églantine

Immeuble Jeanne-Mance

Indice de l'adresse : 1909D1

Pré Tunney

Ottawa (Ontario) K1A 0K9

Tél. : 1 800 267-1291 ou

(613) 957-2938

ATME : 1 800 561-5643 ou

(613) 952-6396

Télééc. : (613) 941-8930

Le Centre national d'information sur la violence dans la famille (CNIVF) est un centre de ressources canadien qui offre des renseignements sur la violence dans les relations familiales et dans les relations intimes, ainsi que dans les relations de dépendance ou de confiance. Le CNIVF offre aussi un éventail de ressources documentaires sur les mauvais traitements infligés aux enfants. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez communiquer avec le CNIVF au numéro sans frais 1 800 267-1291 ou rendez-vous sur le site Web du CNIVF à [www.phac-aspc.gc.ca/nc-cn](http://www.phac-aspc.gc.ca/nc-cn).

## **Division de la surveillance de la santé et de l'épidémiologie, Agence de santé publique du Canada**

[http://www.phac-aspc.gc.ca/cm-vee/index\\_f.html](http://www.phac-aspc.gc.ca/cm-vee/index_f.html)

Section des blessures et de la violence envers les enfants

Agence de santé publique du Canada

200, promenade Églantine

Immeuble Jeanne-Mance

Indice de l'adresse : 1910C

Pré Tunney

Ottawa (Ontario) K1A 0K9

La Division de surveillance de la santé et de l'épidémiologie a pour objectif de renforcer la surveillance et la recherche à l'échelle nationale et internationale, dans les domaines des blessures et des mauvais traitements. La Section des blessures et de la violence envers les enfants a pour principale activité de diriger l'*Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants*. Une version intégrale du rapport 2003 de cette étude est accessible sur son site Web.

## **Ligue pour le bien-être de l'enfance du Canada**

<http://www.cwlc.ca>

75, rue Albert, bureau 1001

Ottawa (Ontario) K1P 5E7

Tél. : (613) 235-4412

Télec. : (613) 235 7616

La Ligue pour le bien-être de l'enfance du Canada héberge le Centre canadien de

ressources sur l'enfance et la jeunesse (CCREJ). Le CCREJ offre des publications sur un vaste éventail de questions ayant trait aux enfants et aux adolescents, dont les dépliants *Discipline sans douleur* et *Remplir son rôle de parent*.

## **Société de soutien à l'enfance et à la famille des Premières nations du Canada (SSEFPN)**

<http://www.fncfcs.com>

1001-75, rue Albert

Ottawa (Ontario) K1P 5E7

Tél. : (613) 230-5885

Télec. : (613) 230-3080

La SSEFPN s'est donnée pour mission de promouvoir le bien-être de l'ensemble des Premières nations (enfance, jeunesse, familles et collectivités) en mettant tout particulièrement l'accent sur la prévention des mauvais traitements à l'endroit des enfants et les mesures d'intervention connexes. Le site Web de la SSEFPN fait un survol des recherches sur les Premières nations et renferme de nombreux documents téléchargeables concernant des aspects de la protection des enfants autochtones; de plus, il permet d'accéder à la revue électronique *First Peoples Child & Family Review*. Le site fournit également une liste de tous les organismes canadiens de services à l'enfance et à la famille gérés par les Premières nations et d'autres collectivités autochtones.

## Lectures suggérées

Bilukha, O., et coll. "The effectiveness of early childhood home visitation in preventing violence: A systematic review", *American Journal of Preventive Medicine* 28, 2, Supp. 1 (2005): 11-39.

Canada. Centre national d'information sur la violence dans la famille. *La violence envers les enfants : signalement et classification des cas dans les établissements de soins de santé*, préparé par S.K. Loo et coll., Ottawa, Santé Canada, 1996.

Canada. Centre national d'information sur la violence dans la famille. *Les conséquences de la violence faite aux enfants : Guide de référence à l'intention des professionnels de la santé*, préparé par J. Latimer. Ottawa, Santé Canada, 1998.

Canada. Ministère de la Justice du Canada. *Violence envers les enfants : Fiche d'information du ministère de la Justice du Canada*. [en ligne]. Ottawa, Le Ministère, 2003. Accessible à : <http://www.justice.gc.ca/fr/ps/fm/childafs.html>

Daro, D. A. "Prevention of child sexual abuse", *Future of Children* 4, 2 (1994): 198-223.

Kaplan, S. J., D. Pelcovitz et V. Labruna. "Child and adolescent abuse and neglect research: A review of the past 10 years. Part I: Physical and emotional abuse and neglect", *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 38, 10 (1999).

MacMillan, H. L. "Child maltreatment: What we know in the year 2000", *Canadian Journal of Psychiatry* 45, 8 (2000), 702-709.

Olds, D. L., et coll. "Long-term effects of home visitation on maternal life course and child abuse and neglect: Fifteen-year follow-up of a randomized trial", *JAMA* 278, 8 (1997): 637-643.

Olds, D. L., et coll. "Prenatal and infancy home visitation by nurses: Recent findings", *Future of Children*, 9, 1 (1999): 44-65.

Putnam, F. W. "Ten-year research update review: Child sexual abuse", *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 42, 3 (2003): 269-278.

## Références

1. W. Bernet et coll., "Practice parameters for the forensic evaluation of children and adolescents who may have been physically or sexually abused," *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 36, 10 (1997): 37S-56S.
2. S. Maguire et coll., "Are there patterns of bruising in childhood which are diagnostic or suggestive of abuse? A systematic review," *Archives of Disease in Childhood* 90 (2005):182-186.
3. G. W. Lambie, "Child abuse and neglect: A practical guide for professional school counselors," *Professional School Counseling* 8, 3 (2005): 249-258.
4. E. Evans, K. Hawton, et K. Rodham, "Suicidal phenomena and abuse in adolescents: A review of epidemiological studies," *Child Abuse & Neglect* 29, 1 (2005): 45-58.
5. N. Kellogg, et la American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect, "The evaluation of sexual abuse in children," *Pediatrics* 116, 2 (2005): 506-512.
6. K. M. Drach, J. Wientzen, et L. R. Ricci, "The diagnostic utility of sexual behavior problems in diagnosing sexual abuse in a forensic child abuse evaluation clinic," *Child Abuse & Neglect* 25, 4 (2001): 489-503.
7. H. L. MacMillan et coll., "Effectiveness of home visitation by public-health nurses in prevention of the recurrence of child physical abuse and neglect: A randomized controlled trial," *Lancet* 365, 9473 (2005): 1786-1793.
8. D. J. Kolko, "Clinical monitoring of treatment course in child physical abuse: Psychometric characteristics and treatment comparisons," *Child Abuse & Neglect* 20, 1 (1996): 23-43.
9. M. Jonson-Reid et coll., "Cross-type recidivism among child maltreatment victims and perpetrators," *Child Abuse & Neglect* 27, 8 (2003): 899-917.
10. D. DePanfilis, et S. J. Zuravin, "The effect of services on the recurrence of child maltreatment," *Child Abuse & Neglect* 26, 2 (2002): 187-205.
11. E. M. Kinard, "Methodological issues in assessing the effects of maltreatment characteristics on behavioral adjustment in maltreated children," *Journal of Family Violence* 19, 5 (2004): 303-318.
12. B. Drake et coll., "Substantiation and recidivism," *Child Maltreatment* 8, 4 (2003): 248-260.
13. Yukon. Family and Children's Services. Legal Services, communication personnelle, le 26 octobre 2005.
14. Canada. Centre national d'information sur la violence dans la famille. *La violence envers les enfants : Signalement et classification des cas dans les établissements de soins de santé*, par S. K. Loo, et coll., (Ottawa: Santé Canada, 1996).
15. Cindy Blackstock, Directrice exécutive, First Nations Child and Family Caring Society of Canada, communication personnelle, le 18 octobre 2005.

16. Canada. Ministère de la Justice du Canada. *Violence envers les enfants : Fiche d'information du ministère de la Justice du Canada*. [en ligne]. (Ottawa, Le Ministère, 2003.) Disponible : <http://www.justice.gc.ca/fr/ps/fm/child/afs.html>.
17. D. L. Olds et coll., "Home visiting by paraprofessionals and by nurses: A randomized, controlled trial," *Pediatrics* 110, 3 (2002): 486-496.
18. D. L. Olds et coll., "Effects of nurse home-visiting on maternal life course and child development: Age 6 follow-up results of a randomized trial," *Pediatrics* 114, 6 (2004): 1550-1559.
19. D. L. Olds et coll., "Prenatal and infancy home visitation by nurses: Recent findings," *Future of Children* 9, 1 (1999): 44-65.
20. D. L. Olds et coll., "Long-term effects of nurse home visitation on children's criminal and antisocial behavior: 15-year follow-up of a randomized controlled trial," *JAMA* 280, 14 (1998): 1238-1244.
21. D. L. Olds et coll., "Long-term effects of home visitation on maternal life course and child abuse and neglect: Fifteen-year follow-up of a randomized trial," *JAMA* 278, 8 (1997): 637-643.
22. H. Kitzman et coll., "Effect of prenatal and infancy home visitation by nurses on pregnancy outcomes, childhood injuries, and repeated childbearing: A randomized controlled trial," *JAMA* 278, 8 (1997): 644-652.
23. I. Roberts, M.S. Kramer, et S. Suissa, "Does home visiting prevent childhood injury? A systemic review of randomised controlled trials," *British Medical Journal* 312, 7022 (Jan. 1996): 29-33.
24. O. Bilukha et coll., "The effectiveness of early childhood home visitation in preventing violence: A systematic review," *American Journal of Preventive Medicine* 28, 2, Supplement 1 (2005): 11-39.
25. D. Pelcovitz, "Review: home visitation by nurses beginning prenatally and extending through infancy prevents child abuse and neglect," *Evidence-Based Mental Health* 4, 3 (2001): 81.
26. H. L. MacMillan, "Child maltreatment: What we know in the year 2000," *Canadian Journal of Psychiatry* 45, 8 (2000): 702-709.
27. M. Chaffin et coll., "Parent-child interaction therapy with physically abusive parents: Efficacy for reducing future abuse reports," *Journal of Consulting & Clinical Psychology* 72, 3 (2004): 500-510.
28. J. Fantuzzo et coll., "Community-based resilient peer treatment of withdrawn maltreated preschool children," *Journal of Consulting & Clinical Psychology* 64, 6 (1996): 1377-1386.
29. J. Rispens, A. Aleman, et P. P. Goudena, "Prevention of child sexual abuse victimization: A meta-analysis of school programs," *Child Abuse & Neglect* 21, 10 (1997): 975-987.

30. D. Finkelhor, N. Asdigian, et J. Dziuba-Leatherman, "The effectiveness of victimization prevention instruction: An evaluation of children's responses to actual threats and assaults," *Child Abuse & Neglect* 19, 2 (1995): 141-153.
31. S. J. Kaplan, D. Pelcovitz, et V. Labruna, "Child and adolescent abuse and neglect research: A review of the past 10 years. Part I: Physical and emotional abuse and neglect," *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 38, 10 (1999): 1214-1222.
32. D. MacIntyre, "Prevention of child sexual abuse: Implications of programme evaluation research," *Child Abuse Review* 9, 3 (2000): 183-199.
33. D. A. Daro, "Prevention of child sexual abuse," *Future of Children* 4, 2 (1994): 198-223.
34. L. Berliner, "The results of randomized clinical trials move the field forward," *Child Abuse & Neglect* 29, 2 (2005): 103-105.
35. E. Deblinger, L. B. Stauffer, et R. A. Steer, "Comparative efficacies of supportive and cognitive behavioral group therapies for young children who have been sexually abused and their nonoffending mothers," *Child Maltreatment* 6, 4 (2001): 332-343.
36. J. A. Cohen et A. P. Mannarino, "A treatment outcome study for sexually abused preschool children: Initial findings," *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 35, 1 (1996): 42-50.
37. J. A. Cohen et A. P. Mannarino, "Factors that mediate treatment outcome of sexually abused preschool children: Six- and 12-month follow-up," *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 37, 1 (1998): 44-51.
38. J. A. Cohen, A. P. Mannarino, et K. Knudsen, "Treating sexually abused children: 1 year follow-up of a randomized controlled trial," *Child Abuse & Neglect* 29, 2 (2005): 135-145.
39. C. Stovall-McClough, "Trauma focused cognitive behavioural therapy reduces PTSD more effectively than child centred therapy in children who have been sexually abused," *Evidence-Based Mental Health* 7, 4 (2004): 113.
40. F. W. Putnam, "Ten-year research update review: Child sexual abuse," *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 42, 3 (2003): 269-278.
41. O. Udwin, "Imaginative play training as an intervention method with institutionalised preschool children," *British Journal of Educational Psychology* 53, 1 (1983): 32-39.
42. R. E. Culp, J. Heide, et M. T. Richardson, "Maltreated children's developmental scores: Treatment versus nontreatment," *Child Abuse & Neglect* 11, 1 (1987): 29-34.
43. H. Allin, C. N. Wathen, et H. MacMillan, "Treatment of child neglect: A systematic review," *Canadian Journal of Psychiatry* 50, 8 (2005): 497-504.



44. M. A. Brunk, S. W. Henggeler, et J. P. Whelan, "Comparison of multi-systemic therapy and parent training in the brief treatment of child abuse and neglect," *Journal of Consulting & Clinical Psychology* 55, 2 (1987): 171-178.
45. D. Glaser, "Emotional abuse and neglect (psychological maltreatment): A conceptual framework," *Child Abuse & Neglect* 26, 6-7 (2002): 697-714.
46. C. N. Wathen, H. L. MacMillan, et le Canadian Task Force on Preventive Health Care, "Prevention of violence against women: Recommendation statement from the Canadian Task Force on Preventive Health Care," *Canadian Medical Association Journal* 169, 6 (2003): 582-584.
47. D. L. Chambless, et T. H. Ollendick, "Empirically supported psychological interventions: Controversies and Evidence," *Annual Review of Psychology* 52 (2001): 685-716.
48. T. H. Ollendick, et T. E. Davis III, "Empirically supported treatments for children and adolescents: Where to from here?" *Clinical Psychology: Science and Practice* 11, 3 (2004): 289-294.
49. J. R. Weisz et coll., "Effects of psychotherapy with children and adolescents revisited: A meta-analysis of treatment outcome studies," *Psychological Bulletin* 117, 3 (1995): 450-468.
50. J. R. Weisz, et P. S. Jensen, "Efficacy and effectiveness of child and adolescent psychotherapy and pharmacotherapy," *Mental Health Services Research* 1, 3 (1999): 125-157.
51. C. Waddell, H. MacMillan, et P. A Marie, "How important is permanency planning for children? Considerations for pediatricians involved in child protection," *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics* 25, 4 (2004): 285-292.

Publication autorisée par le ministre de la Santé, 2006

*Mauvais traitements infligés aux enfants : Que faire – Guide de référence à l'intention des professionnels qui travaillent auprès des enfants* : document préparé par Chiachen Cheng, MD, MPH, FRCP(C), Catharine Munn, MD, FRCP(C), Susan Jack, RN, PhD, et Harriet MacMillan, MD, MSc, FRCP (C) pour le Centre national d'information sur la violence dans la famille (CNIVF).

Also available in English under the title: *Child Maltreatment: A "What to Do" Guide for Professionals Who Work With Children*.

Les opinions exprimées dans le présent document sont celles des auteures et ne reflètent pas nécessairement le point de vue du Centre national d'information sur la violence dans la famille, Agence de santé publique du Canada.

Il est interdit de reproduire le contenu du présent document à des fins commerciales, mais sa reproduction à d'autres fins est encouragée, sous réserve de citer la source.

Citation recommandée :

Canada. Centre national d'information sur la violence dans la famille. *Mauvais traitements infligés aux enfants : Que faire – Guide de référence à l'intention des professionnels qui travaillent auprès des enfants*. Rédigé par Chiachen Cheng, et coll. Ottawa : Agence de santé publique du Canada, 2006.

La présente publication peut être obtenue dans d'autres formats, sur demande.

Pour de plus amples renseignements, veuillez communiquer avec le :

**Centre national d'information sur la violence dans la famille**

Unité de prévention de la violence familiale

Agence de santé publique du Canada

200, promenade Églantine

Immeuble Jeanne-Mance, indice de l'adresse : 1909D1

Pré Tunney

Ottawa (Ontario) K1A 0K9

Téléphone : 1 800 267-1291 ou (613) 957-2938

Télécopieur : (613) 941-8930

ATME : 1 800 561-5643 ou (613) 952-6396

Site Web : <http://www.phac-aspc.gc.ca/nc-cn>

Courriel : [ncfv-cnivf@phac-aspc.gc.ca](mailto:ncfv-cnivf@phac-aspc.gc.ca)

© Sa Majesté la Reine du Chef du Canada, représentée par le ministre de la Santé (2006)

N° cat. : HP10-10/2006F

ISBN : 0-662-71054-1