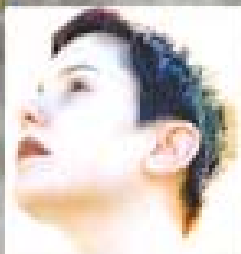


GRANDIR EN PAIX, SANS CRAINTE NI COUPS

Programme d'intervention en violence familiale



Centre jeunesse
de la Montérégie



**Centre jeunesse
de la Montérégie**

GRANDIR EN PAIX, SANS CRAINTE NI COUPS

Programme d'intervention en violence familiale

**Approuvé par le Comité de Direction
le 2 octobre 2007**

Des exemplaires de ce programme peuvent être obtenus en contactant :

Centre jeunesse de la Montérégie
Centre de documentation
600, rue Préfontaine
Longueuil (Québec)
Canada
J4K 3V6

Graphisme page couverture :
Bienvenu, Ladouceur
Communications Inc.

Dépôt légal : 4^e trimestre 2007

Bibliothèque et archives nationales du Québec, 2007
Bibliothèque et archives nationales du Canada, 2007

ISBN : 978-2-921695-14-5

La reproduction totale ou partielle du document est autorisée à la condition de mentionner la source.

Le masculin est utilisé dans ce document uniquement dans le but d'alléger le texte et désigne aussi bien le féminin.

No inventaire 200-350
N/Réf. : 082-050

« C'était normal. Tout était normal dans cette vie, y compris les coups de canne et le reste. Je n'en imaginais pas une autre. D'ailleurs, je n'imaginais rien du tout. Je crois que ma tête n'avait pas de rêves, ni de pensées précises ».

M. Souad, Brûlée vive, page 23

« Pendant des années, nous avons été abusées psychologiquement et physiquement. Pendant des années, nous avons subi les pires sévices qui soient; nous avons été battues et violées par l'homme le plus important dans la vie des petites filles que nous étions : notre père... ».

J. et A.-M. Hilton, Le cœur au beurre noir, page 14

Membres actuels du comité de programme d'intervention en violence familiale

- *Bédard, Brigitte, Carrefour pour Elle **
- *Bussièrès, Annie, DSJF, équipe adolescence Granby*
- *de Brouwer, Caroline, Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie*
- *Delisle, Louise, DSJF, équipe adolescence St-Jean*
- *Dupuis, Annie, DSRI, unité Orion, Valleyfield*
- *Jacob, Jo-Anne, Centre de santé et de services sociaux Champlain*
- *Mayo, Lynn, DSJF, équipe enfance Brossard*
- *Prégent, Louise, DSP, APPR, développement professionnel*
- *St-Onge, Nancy, DPJ, équipe évaluation-orientation St-Hyacinthe*

Membres qui ont participé au comité de programme antérieurement (1999-2006) :

- *Bélanger, Denis, DSRI*
- *Brie, Nicole, DPJ, équipe évaluation-orientation Beloeil/St-Hyacinthe*
- *Carrière, France, DPJ, équipe évaluation-orientation Saint-Hubert*
- *Côté, Sylvie, DSJF, équipe adolescence Châteauguay*
- *Dubois, Yves, DSRI, unité l'Entracte, Longueuil*
- *Dubuc, Sophie, DSP, APPR développement des programmes*
- *Giard, Marie, DSJF, équipe enfance St-Jean*
- *Labbé, André, DSJF, équipe adolescence Granby*
- *Labonté, Annie, DPJ, RTS Longueuil*
- *Letarte, Guy, DSJF, CSRE Longueuil*
- *Ménard, Denis, DSP, conseiller développement professionnel*
- *Milot, Andrée, DSJF, équipe intégrée Sorel*
- *Morneau, Josée, DSJF, équipe enfance Châteauguay*
- *Otis, Sonia, DSRI, unité Renaissance, Chambly*
- *Ouellette, Jacinthe, DSJF, intervenante ressources Châteauguay*

* « Les points de vue exprimés dans ce document au sujet de la violence conjugale sont ceux du Centre jeunesse de la Montérégie et ne représentent pas nécessairement l'analyse privilégiée par Carrefour pour Elle. »

- *Pinsonneault, Jean, DSJF, équipe adolescence Granby*
- *Robillard, Hélène, DPJ, réviseure Valleyfield*
- *Roy, Mario, DPJ, conseiller clinique RTS*
- *Roy, Nathalie, DAJ, contentieux*
- *Tourigny, Marc, Centre d'expertise Marie-Vincent*
- *Trottier, Monique, DSJF, équipe adolescence Brossard*
- *Trudel, Alain, DPJ, équipe évaluation-orientation Granby/Cowansville*
- *Villeneuve, Sylvie, DSJF, CSRE Granby*

Collaboration particulière :

- *Delisle, Louise, conseillère en développement professionnel au CJM jusqu'en 2006. Elle a été la première répondante de l'élaboration de ce programme. Elle a effectué les recherches et rédigé de nombreux documents pour alimenter la réflexion du comité de programme.*

Collaboration à la rédaction :

- *Delisle, Louise, CDP, a rédigé les premières versions du programme.*
- *Dumberry, Raymond, DSP, APPR développement des programmes, a réalisé les versions les plus récentes du programme.*

Sous la coordination de :

- *Bonneau, Marcel, DSP, coordonnateur au développement des programmes (1999-2003).*
- *Dépelteau Louise, DSP, coordonnatrice au développement des programmes (2003-2007).*

Ce programme a fait l'objet de consultations auprès :

- *Des membres du Conseil multidisciplinaire, mai 2006 et avril 2007.*
- *Des conseillers de la DSP, en décembre 2005, mai 2006, janvier 2007 et avril 2007.*
- *Des chefs de service de la DSJF, DSRI et DPJ, mai 2006 et avril 2007.*

Nous remercions :

- *Malo, Claire, Université de Montréal, IRDS*
- *Poirier, Michèle, Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociales CLIPP*
- *Tourigny, Marc, Centre d'expertise Marie-Vincent*
- *Tremblay, Claudia, CJ Lanaudière, qui nous a conseillés*
- *Des intervenantes de la Fédération des maisons d'hébergement pour femmes violentées et en difficulté*
- *Ainsi que des responsables de programmes de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie*

qui ont généreusement accepté de lire et de commenter ce programme, en tout ou en partie.

Lexique

ACJQ :	Association des Centres Jeunesse du Québec
A/M :	Application des mesures
CH :	Centre hospitalier
CJ :	Centre jeunesse
CJM :	Centre jeunesse de la Montérégie
CLIPP :	Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociales
CLSC :	Centre local de services communautaires
CPE :	Centre de la petite enfance
CR :	Centre de réadaptation
CRI-VIFF :	Centre de recherche interdisciplinaire sur la violence familiale et la violence faite aux femmes
CSSS :	Centre de santé et de services sociaux
DPJ :	Directeur de la Protection de la jeunesse
E/O :	Évaluation / Orientation
INSPQ :	Institut national de la santé publique du Québec
ISQ :	Institut de la statistique du Québec
ITSS :	Infection transmise sexuellement ou par le sang
LPJ :	Loi sur la Protection de la jeunesse
LSJPA :	Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents
LSSSS :	Loi sur les services de santé et les services sociaux
OMS :	Organisation mondiale de la santé
PI :	Plan d'intervention
PIC :	Processus d'intervention clinique
PNF :	Programme national de formation
PSI :	Plan de services individualisé
RHDC :	Ressources humaines et développement Canada
RTS :	Rétention et traitement du signalement
SPG :	Substitut du procureur général
SSP :	Système de support à la pratique

Sommaire

DÉFINITIONS.....	1
INTRODUCTION GÉNÉRALE	2
PREMIÈRE PARTIE : TRONC COMMUN	
LA VIOLENCE FAMILIALE	5
INTRODUCTION	9
CHAPITRE 1 – La problématique de la violence familiale	11
CHAPITRE 2 – La clientèle du programme	20
CHAPITRE 3 – Les objectifs du programme	23
CHAPITRE 4 – Le modèle d'intervention en violence familiale	24
CHAPITRE 5 – Le processus d'intervention en violence familiale	29
CHAPITRE 6 – Le retrait du milieu familial en contexte de violence familiale.....	44
CHAPITRE 7 – Les défis de l'intervention en violence familiale.....	50
CONCLUSION	52
ANNEXES	53
DEUXIÈME PARTIE : MODULES SPÉCIFIQUES	
LES MAUVAIS TRAITEMENTS PSYCHOLOGIQUES	59
INTRODUCTION	62
CHAPITRE 1 – La problématique des mauvais traitements psychologiques	63
CHAPITRE 2 – Les enfants exposés à la violence conjugale	72
CHAPITRE 3 – Le processus d'intervention clinique dans les situations de mauvais traitements psychologiques.....	82
CONCLUSION	94
ANNEXE	95
LES ABUS PHYSIQUES	99
INTRODUCTION	102
CHAPITRE 1 – La problématique des abus physiques.....	103
CHAPITRE 2 – Le processus d'intervention clinique dans les situations d'abus physiques.....	116
CONCLUSION	128
ANNEXE	129
LES ABUS SEXUELS	133
INTRODUCTION	136
CHAPITRE 1 – La problématique des abus sexuels.....	138
CHAPITRE 2 – Les conduites sexuelles inappropriées (jeunes de moins de 12 ans).....	151
CHAPITRE 3 – Le processus d'intervention clinique en abus sexuels	156
CONCLUSION	169
ANNEXES	170
RÉFÉRENCES	175

Définitions

Facteur de risque / Facteur de protection

Un « facteur de risque » est une caractéristique qui augmente la probabilité de l'occurrence d'un phénomène.

Un « facteur de protection » est une caractéristique qui vient compenser et diminuer l'influence d'un facteur de risque.

Les facteurs de risque et de protection sont reliés aux caractéristiques des enfants, des parents et aux situations des familles.

Détection / Dépistage

La « détection » concerne l'identification d'un problème chez des individus considérés comme déjà à risque. Par exemple, la détection des enfants qui n'ont pas déjeuné dans les écoles d'un quartier défavorisé.

Le « dépistage » concerne l'identification d'un problème sur de grandes populations. Par exemple, le dépistage des troubles d'apprentissage chez tous les enfants de la maternelle.

La résilience

« C'est la capacité d'une personne, d'un groupe, de se développer bien, de continuer à se projeter dans l'avenir en présence d'événements déstabilisants, de traumatismes sérieux, graves, de conditions de vie difficiles. » (Cyrulnik et al., 2001, cité par Manciaux, 2004, page 12) Programme d'intervention en abandon (CJM 2005).

Cette définition met en lumière deux aspects importants de la résilience : la résistance à la destruction et la construction de son existence. La résilience prend ses assises sur des caractéristiques personnelles (estime de soi, humour, créativité) et sur un environnement accueillant et soutenant.

Introduction générale

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a reconnu la violence (familiale et communautaire) comme l'un des principaux problèmes de santé publique dans le monde (OMS, 2003, résolution WHA49, 25).

La violence familiale, qu'elle concerne les pratiques éducatives, les abus physiques, les abus sexuels, la violence conjugale, l'exposition à la violence conjugale ou les mauvais traitements psychologiques, fait partie des préoccupations provinciales et régionales depuis au moins les vingt-cinq dernières années. De nombreuses politiques, orientations ainsi que des plans d'action cherchent à promouvoir la connaissance et l'intervention concertée efficace face à ce phénomène. Mentionnons, notamment « *La politique d'aide aux femmes violentées* » (1985), « *La politique conjointe d'intervention en matière de violence conjugale* » (1986), « *La politique d'intervention en matière de violence conjugale* » (1995), les « *Orientations gouvernementales en matière d'agressions sexuelles* » (2001), desquelles a découlé l'« *Entente multisectorielle relative aux enfants victimes d'abus sexuels, de mauvais traitements physiques, ou d'une absence de soins menaçant leur santé physique* » (2001), le « *Plan d'action gouvernemental 2001-2006 en matière d'agression sexuelle* », le « *Cadre de référence en matière de mauvais traitements physiques* » (ACJQ 1998), le « *Guide d'interventions lors d'allégations d'abus sexuels envers les enfants* (ACJQ 2000) et le « *Plan d'action en matière de violence conjugale* » (2004).

L'ampleur du phénomène est de plus en plus documenté par les enquêtes sociales, tant canadiennes que québécoises, réalisées par Statistique Canada ou l'Institut de la statistique du Québec.

Par rapport aux **conduites violentes des parents** envers les enfants, l'enquête provinciale « *La violence familiale dans la vie des enfants du Québec, 2004* » (Clément, Chamberland, Côté, Dubeau et Beauvais 2005) sur les normes et pratiques parentales en matière de discipline à l'endroit des enfants de 0-17 ans est la seconde enquête du genre au Québec. La première a eu lieu en 1999 (Clément et al., 2000). La dernière enquête fait ressortir que :

- ▶ 80 % des enfants ont vécu au moins un épisode annuel d'agression psychologique (mauvais traitements psychologiques au sens du programme) comme crier, hurler après l'enfant, le traiter de stupide, de paresseux ou d'autres noms de ce genre, ou menacer de lui donner la fessée sans le faire. Trois épisodes ou plus ont été vécus par 52 % des enfants à l'intérieur d'une année.
- ▶ 43 % des enfants ont été l'objet de violence physique mineure (taper les fesses de l'enfant à mains nues, lui donner une tape sur la main, le bras ou la jambe, secouer un enfant de 2 ans ou plus); 17 % ont subi ces conduites de façon répétée.
- ▶ 6 % ont vécu de la violence physique sévère, secouer un enfant de moins de 2 ans, frapper les fesses de l'enfant avec un objet dur, lui donner une claque sur la tête, etc.; 1,5 % ont subi ces conduites à trois reprises ou plus au cours de l'année.
- ▶ Chez 4 enfants sur 10, on observe la cooccurrence de plusieurs formes de violence.

En rapport avec les **abus sexuels**, l'analyse des données du « *Programme de déclaration uniforme de la criminalité* » (Canada, CNIVF, 2006), révèle que les jeunes de 18 ans et moins sont les victimes de 61 % des infractions sexuelles signalées à la police, les taux les plus élevés concernent les filles entre 11 et 19 ans, ainsi que les garçons entre 3 et 14 ans (statistiques similaires à celles du Ministère de la sécurité publique du Québec, 2005). Cette étude souligne que seulement 30 % des enfants victimes d'abus sexuels divulguent l'abus durant leur enfance, particulièrement lorsque l'auteur de l'abus est un membre proche de la famille (50 % des victimes d'attouchements et 25 % des victimes de viol) (Pro-Ado, 2006, sondage du Centre Marie-Vincent), soit par crainte de ne pas être cru, par peur des représailles, ou bien parce que l'abuseur exerce un contrôle psychologique important sur la victime. Des statistiques présentées dans les « *Orientations gouvernementales en matière d'agression sexuelle* » (2001) stipulent que jusqu'à 90 % des abus sexuels commis envers les enfants ne seraient jamais révélés et rapportent que certaines études nord-américaines suggèrent qu'une fille sur trois et qu'un garçon sur six seraient abusés sexuellement avant d'atteindre la majorité. Le sondage cité plus haut rapporte que la moitié des victimes ont vécu leur première agression entre l'âge de 6 et 11 ans; une victime sur cinq n'a jamais dévoilé les agressions, et la moitié a dévoilé au moins 5 ans suivant la première agression. Ajoutons que 75 % des filles autochtones de moins de 18 ans, 50 % de celles de moins de 14 ans et presque 25 % de celles de moins de 7 ans risquent d'être victimes d'abus sexuels; de plus, être un enfant immigrant ou réfugié et être victime d'abus sexuel peut amplifier l'isolement relié aux barrières culturelles, linguistiques ou juridiques (Canada, CNIVF, 2006).

Quant à l'**exposition à la violence conjugale** les recherches récentes de Lessard et Paradis (2003) font état qu'au Canada entre 11 et 23 % des enfants sont exposés à la violence conjugale, soit environ de deux à six enfants par classe (7 % des canadiens ont été victimes de violence conjugale selon l'enquête sociale générale 2004 (ESG), 12 % des Québécoises, 37 % des femmes entre 18 et 24 ans selon Statistique Canada (1993). Les données sur les enfants exposés sont difficiles à cerner exactement parce que les incidents rapportés de violence conjugale ne précisent pas si les enfants y ont été témoins. Notons cependant que l'exposition n'est pas seulement le fait d'être présent à l'incident, c'est aussi le fait d'être exposé de manière répétitive à tout le climat de conflit et de tension qui imprègne les situations de violence conjugale.

Ces données générales montrent que l'ampleur de la violence familiale dépasse de beaucoup les situations qui sont signalées et retenues dans le cadre de la Loi sur la Protection de la Jeunesse (LPJ). D'ailleurs, un bilan de la pratique existante au CJM montre que la prévalence de la violence familiale dépasse de beaucoup les quelques 12 % des dossiers LPJ retenus selon l'article 38 G (abus sexuel et abus physique) (Belpaire, 2001). En effet, les intervenants rapportent la présence de violence familiale sous une forme ou une autre dans 51 % de tous les dossiers actifs, que les jeunes soient hébergés dans leur famille naturelle, dans une famille d'accueil, dans un service de réadaptation ou une ressource intermédiaire. L'évaluation de l'implantation du *Programme d'intervention en Négligence* a fait ressortir la présence de violence familiale chez 42 % des garçons et 44 % des filles de moins de 12 ans, et chez 25 % des garçons et 15 % des filles de 13-17 ans, et ce, quel que soit l'alinéa selon lequel le signalement a été retenu initialement (Charbonneau, 2004).

Le programme violence familiale, tout en s'adressant à prime abord aux intervenants du CJM, veut faire connaître et sensibiliser à l'ampleur du phénomène, de manière à le **détecter plus efficacement**, et ce, à toutes les étapes de l'intervention. Il établit aussi un langage commun et vise à augmenter la cohérence entre les interventions qui nécessitent la complémentarité des partenaires. La section sur les assises de l'intervention établit la concordance du programme avec les principes directeurs des différentes orientations gouvernementales.

Le programme se divise en deux parties : un tronc commun qui aborde la problématique de la violence familiale, suivi des modules spécifiques qui permettent de documenter les éléments qui sont particuliers aux mauvais traitements psychologiques, incluant l'exposition à la violence conjugale et la négligence affective, aux abus physiques et aux abus sexuels, en concordance avec les alinéas de la LPJ.

PREMIÈRE PARTIE

TRONC COMMUN

LA VIOLENCE FAMILIALE

Table des matières

INTRODUCTION	9
CHAPITRE 1 : LA PROBLÉMATIQUE DE LA VIOLENCE FAMILIALE	11
1.1 DÉFINITIONS	11
La violence	11
La violence familiale	11
1.2 JEUNES VICTIMES, EXPOSÉS OU AGISSANTS	12
1.3 LES FORMES DE VIOLENCE	13
1.4 LES EFFETS DE LA VIOLENCE FAMILIALE	14
1.5 LA DÉTECTION DE LA VIOLENCE FAMILIALE	18
1.6 LES BESOINS DE TRAITEMENT	18
CHAPITRE 2 : LA CLIENTÈLE DU PROGRAMME	20
2.1 DESCRIPTION	20
2.2 POINTS DE REPÈRE LÉGAUX	20
CHAPITRE 3 : LES OBJECTIFS DU PROGRAMME	23
CHAPITRE 4 : LE MODÈLE D'INTERVENTION EN VIOLENCE FAMILIALE	24
4.1 UNE VISION SYSTÉMIQUE DE LA SITUATION	24
Caractéristiques communes des familles aux prises avec une problématique de violence	25
4.2 L'APPRENTISSAGE SOCIAL	27
4.3 UN FACTEUR INDIVIDUEL AGGRAVANT	27
CHAPITRE 5 : LE PROCESSUS D'INTERVENTION EN VIOLENCE FAMILIALE	29
5.1 LES ASSISES CLINIQUES	29
5.2 LE PROCESSUS D'INTERVENTION	32
5.2.1 La collecte des données (RTS et E/O)	32
5.2.2 L'analyse des données (E/O et A/M à chaque révision du PI et de la situation)	37
Situation déjà connue	38
5.2.3 La planification de l'intervention	39
L'implication de chacune des personnes	39
Les priorités de l'intervention	40
5.3 OUTILS CLINIQUES	41
Le recours à l'examen psychologique	42

CHAPITRE 6 : LE RETRAIT DU MILIEU FAMILIAL EN CONTEXTE DE VIOLENCE FAMILIALE..	44
6.1 LE RETRAIT EN URGENCE DE LA VICTIME	44
6.2 LE RETRAIT PLANIFIÉ	46
6.3 LA GESTION DES CONTACTS.....	46
6.4 LA RÉUNIFICATION.....	48
CHAPITRE 7 : LES DÉFIS DE L'INTERVENTION EN VIOLENCE FAMILIALE	50
7.1 DÉFIS PERSONNELS	50
7.2 DÉFIS PROFESSIONNELS	50
7.3 DÉFIS ORGANISATIONNELS.....	51
CONCLUSION	52
ANNEXES.....	53
ANNEXE 1 : LA PROCÉDURE D'INTERVENTION SOCIOJUDICIAIRE DE L'ENTENTE MULTISECTORIELLE	54
ANNEXE 2 : PRINCIPALES CARACTÉRISTIQUES DES PERSONNES CONTRÔLANTES ET VIOLENTES.....	55
ANNEXE 3 : GRILLE DE SOUTIEN À LA PRISE DE DÉCISION DE RETRAIT EN URGENCE	56

Liste des tableaux et encarts

ENCART :	LE TROUBLE DE STRESS POST-TRAUMATIQUE : DEFINITION ET SYMPTOMES	17
TABLEAU 1 :	COLLECTE DES DONNEES	34
TABLEAU 2 :	LE PROCESSUS D'INTERVENTION CLINIQUE EN VIOLENCE FAMILIALE	43
TABLEAU 3 :	FACTEURS DETERMINANTS DANS LA DECISION DE RETRAIT	45
TABLEAU 4 :	GESTION DES CONTACTS – CONSIDERATIONS	47
TABLEAU 5 :	LA REUNIFICATION – CONSIDERATIONS	49

Introduction

Le *programme d'intervention en violence familiale* du Centre jeunesse de la Montérégie (CJM) complète les autres programmes d'intervention élaborés au cours des dernières années concernant les problématiques de Négligence (2001), Troubles de la conduite (2002), Délinquance (2004), Santé mentale et troubles de la conduite (2004) et Abandon (2005).

Une étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence rapporte la concomitance de plusieurs types de mauvais traitements dans 24 % des cas (Trocmé, MacLaurin, Fallon, Daciuk, Billingsley, Tourigny, Mayer, Wright, Barter, Burford, Hornick, Sullivan et McKensie, 2001). Les associations les plus fréquemment observées sont : la négligence et la violence psychologique, la violence physique et la violence psychologique, et enfin, la violence physique et la négligence. Cette recherche rapporte que plus de 75 % des cas de mauvais traitements multiples comportent de la violence psychologique. Dans le même sens, une étude québécoise d'incidence rapporte que près du tiers des signalements retenus pour évaluation implique plus d'une problématique à la fois (Tourigny, Mayer, Wright, Lavergne, Trocmé, Hélie, Bouchard, Cloutier, Jacob, Boucher et Larrivée, 2002).

Cette concomitance fréquente entre les différents types de violence dans les familles nous amène à considérer que les gestes de violence dans une famille ne sont pas nécessairement isolés ni fortuits, et relèvent généralement d'une **problématique de violence** et de récurrence de mauvais traitements qui affecte et interfère, parfois paralyse le développement des jeunes et l'exercice des responsabilités parentales.

Le tronc commun du programme fournit à tous les intervenants un cadre de référence pour identifier et comprendre la violence familiale. Ils peuvent ainsi travailler dans des contextes où l'intervention est un des éléments déclencheurs vers un changement positif, mais aussi où la famille risque parfois de trouver le système de protection de l'enfance aussi menaçant et agressant que leur propre dynamique, et parfois même préférer la leur (Mormont, 2004).

Le premier chapitre définit la violence et la violence familiale; il présente la notion d'exposition à la violence et décrit de façon générale les formes et les effets de la violence sur le développement des enfants, ainsi que les besoins principaux des victimes.

La clientèle et les objectifs du programme font l'objet des deux chapitres suivants. Le chapitre sur le modèle d'intervention décrit l'utilisation de l'approche systémique dans la compréhension des familles aux prises avec une problématique de violence, et les caractéristiques qui sont communes à l'ensemble de ces familles. Les notions d'apprentissage social de la violence et de facteurs individuels aggravants viennent compléter cette base de connaissances.

On notera que l'approche systémique sera utilisée pour la lecture et l'analyse de la problématique en cause. L'intervention et le traitement tiendront compte de la pertinence de mettre en présence l'agresseur et la victime.

Le chapitre sur le processus d'intervention clinique en violence familiale pose les assises de l'intervention et reprend l'application du processus d'intervention clinique (PIC) dans les situations de violence : collecte des données, analyse et planification de l'intervention. Deux cibles prioritaires sont visées par l'intervention : la protection du jeune et le traitement, c'est-à-dire le rétablissement

des capacités du jeune, des parents et du fonctionnement familial. Un chapitre traite de l'application du « *Cadre de référence en matière de retrait du milieu familial* » dans les situations de violence. Un chapitre sur les défis que présente l'intervention en violence familiale pour les intervenants et l'organisation, vient clore cette première partie du programme.

Chapitre 1 : La problématique de la violence familiale

1.1 Définitions

LA VIOLENCE

*La **violence** est faite d'actes perpétrés qui ont comme résultat, à court ou à long terme, de menacer ou de porter atteinte à l'intégrité physique ou psychique d'autrui, en provoquant une situation de contrainte et de danger³.*

Le résultat de la violence est une atteinte à l'intégrité de l'autre et c'est la personne qui agresse ou pose des gestes de violence qui a la responsabilité d'apprendre à gérer sa conduite pour éviter les dommages à l'intégrité d'autrui.

LA VIOLENCE FAMILIALE

La violence familiale réfère aux gestes et situations de violence, que ce soit au niveau des mauvais traitements psychologiques, des abus physiques ou des abus sexuels, qui se produisent à l'intérieur de la famille nucléaire ou reconstituée. Elle inclut les gestes de violence perpétrés sur les jeunes par des tiers proches de la famille⁴, par des personnes extérieures à la famille, connues ou inconnues, proches ou éloignées de la famille. C'est la responsabilité parentale de protection des enfants contre les abus et mauvais traitements qui soutient cette inclusion. La famille est responsable de protéger et de prendre les moyens pour que le jeune ne subisse pas à nouveau d'abus et de mauvais traitements.

La violence familiale regroupe donc la violence :

- ▶ Entre conjoints.
- ▶ Des parents à l'égard de leurs enfants.
- ▶ Entre les membres de la fratrie.
- ▶ Des jeunes à l'égard de leurs parents et leurs grands-parents.
- ▶ Des parents adultes à l'égard de leurs parents âgés.
- ▶ De tiers proches de la famille envers les jeunes.
- ▶ Subie par les jeunes par des personnes extérieures à la famille (responsabilité parentale de protection contre les abus).

La violence familiale n'est pas seulement une question de gestes et de conduites inappropriés isolés les uns des autres, elle est aussi une question de **climat et de dynamique des relations familiales** qui se poursuivent parfois même au-delà de la séparation des parents, de l'éloignement des grands-parents et de la dispersion des autres membres de la famille. Elle résulte d'une

³ Définition inspirée des travaux de Silvestre et al, Gelles et al., Raush et des intervenantes de la Fédération des ressources d'hébergement pour femmes violentées et en difficulté.

⁴ Cette notion de tiers proche de la famille réfère dans le programme à :

- Une personne qui vit avec le jeune sans être membre de la famille nucléaire ou élargie, (pensionnaire, ami).
- Un membre de la famille nucléaire ou élargie qui ne vit pas avec le jeune.

interrelation complexe et dynamique de multiples facteurs avec pour résultats des impacts négatifs sur l'intégrité et le développement physique et psychologique des enfants (Chamberland, 2003).

On ne peut parler de violence familiale sans aussi considérer le contexte culturel ou autochtone dans lequel ces gestes se produisent. D'une culture à l'autre et à l'intérieur d'une même culture, les pratiques éducatives, la conception de l'autorité, la conception des rapports hommes femmes et de l'égalité des sexes, varient et s'expriment différemment. C'est le concept de protection de la LPJ⁵ qui sert de balise pour évaluer les gestes, quel que soit le contexte culturel, en fonction de la compromission de la sécurité et du développement de l'enfant, en tenant compte des liens, des besoins et du point de vue de l'enfant et ce, en référence aux valeurs de la société québécoise, qui sont clairement exprimés dans la Loi.

1.2 Jeunes victimes, exposés ou agissants

Les jeunes peuvent être exposés, victimes ou agissants dans les situations de violence et ce, souvent simultanément.

Les jeunes peuvent être **victimes** d'abus physiques, d'abus sexuels et de mauvais traitements psychologiques. Ils subissent alors des gestes qui sont préjudiciables à leur sécurité et à leur développement.

Les jeunes sont exposés⁶ lorsqu'ils assistent directement à des scènes de violence, entendent des éclats de voix et des cris, voient les marques des coups portés, perçoivent la détresse de la victime agressée, vivent dans un climat cyclique de tensions, de frictions, de peurs et d'agressions. Les jeunes peuvent aussi être **exposés aux résultats** de la violence, sans avoir vu ou entendu les scènes de violence. Être exposé à la violence familiale victimise les jeunes au même titre que lorsqu'ils subissent les gestes de violence, parce que les effets et les séquelles peuvent en être aussi traumatisants et graves, ainsi que le démontrent abondamment les recherches (Lessard et Paradis, 2003; Fortin, Vaillant, Dupuis, Préfontaine, 2005).

Les jeunes peuvent être **agissants**. Ils posent des gestes de violence envers leurs parents, leur fratrie ou d'autres membres de la famille et sont susceptibles de reproduire ces gestes à l'extérieur de la famille, dans leur entourage social ou scolaire.

Le programme d'intervention en violence familiale traite les situations de tous les jeunes qui sont victimes ou exposés. Les jeunes agissants de moins de 12 ans sont aussi visés par le programme. Ils sont souvent de prime abord des victimes qui sont en train de faire l'apprentissage progressif de l'usage de la violence. Le cas des jeunes de plus de 12 ans qui ont des conduites violentes est traité à l'intérieur des programmes d'intervention en troubles de la conduite (CJM 2002), en santé mentale et troubles de la conduite (CJM, 2004) ou en délinquance (CJM 2004). Les adolescents agresseurs sexuels font l'objet d'un module spécialisé du programme délinquance (CJM 2007). Les approches et activités cliniques proposées par les programmes peuvent être complémentaires auprès de certaines clientèles.

⁵ Sauf lorsque c'est spécifié, l'expression LPJ réfère à la LPJ telle que modifiée par la Loi 125, entrée en vigueur le 9 juillet 2007.

⁶ Dans la littérature récente, le terme « exposé » a remplacé le terme « témoin » pour faire référence à une exposition directe.

1.3 Les formes de violence

La violence psychologique

La violence psychologique consiste à dévaloriser l'autre personne; elle se traduit par des attitudes méprisantes, par l'humiliation, le dénigrement, le chantage ou la négligence à son égard. Elle peut aussi prendre la forme d'un isolement imposé à l'autre (interdiction de fréquenter telle ou telle personne par exemple), isolement souvent motivé par la jalousie ou le désir d'un contrôle absolu sur l'autre personne. Elle consiste aussi à rejeter l'autre personne par l'indifférence, la privation affective.

La violence psychologique peut aussi prendre la forme de harcèlement, de menaces et d'intimidation, consistant à maintenir une pression induite sur la victime, dans l'espoir de la soumettre aux attentes de l'agresseur. Il s'agit d'un rapport de domination visant, par des attitudes répétitives, à obliger l'autre à accepter une activité, une opinion ou une décision.

La violence verbale

La violence verbale consiste en des sarcasmes, des cris, des insultes, des hurlements, des propos dénigrants et humiliants, des menaces de coups ou des ordres intimés brutalement. L'intimidation verbale peut faire craindre le recours à la violence physique, crée l'insécurité, la peur et cherche à installer la soumission. Les injures et insultes répétées atteignent leur but sans qu'aucun coup physique n'ait été porté. L'agresseur réussit à créer une terrible tension chez la victime, à la maintenir dans un état de peur et d'insécurité. Désormais, la victime se conformera aux exigences de l'individu menaçant et voudra faire tout pour éviter qu'il mette ses menaces à exécution.

La violence physique

La violence physique se manifeste par des bousculades, des gifles, des coups de poing, des coups de pied, des blessures de toutes sortes, allant de la brûlure, à tirer les cheveux, aux morsures, aux fractures et parfois jusqu'à l'homicide. La violence physique est parfois déguisée en accident. Dans un rapport de domination, elle n'est pas toujours nécessaire chez l'agresseur pour maintenir son pouvoir, l'évocation de la violence physique pouvant être devenue suffisante pour intimider et dominer la victime.

La violence sexuelle

La violence sexuelle porte atteinte à l'intégrité de la personne qui la subit. Elle dépasse la sexualité, en ce sens qu'elle vise à dominer l'autre dans ce qu'elle a de plus intime. Il s'agit d'agressions sexuelles, de harcèlement sexuel, d'intimidation, de manipulation en vue d'une relation sexuelle non consentie, d'exploitation sexuelle, de réponses à ses besoins sexuels sans tenir compte des besoins de l'autre.

La violence économique

La violence économique se caractérise par la domination exercée par une personne visant à contrôler et exercer une forme de pouvoir sur la vie économique de la victime et éventuellement

la priver des ressources financières et matérielles nécessaires à son indépendance. Les activités économiques de la victime sont contrôlées et surveillées de sorte qu'elle n'a pas le pouvoir de décider quoi que ce soit et ce, indépendamment du fait qu'elle travaille ou non. Ces actes entraînent la dépendance financière. Elle peut aussi se manifester par l'accumulation de dettes au nom de l'autre, ce qui a pour effet d'abuser de sa confiance ou de la maintenir en dépendance financière.

Les mauvais traitements psychologiques, les abus physiques et les abus sexuels, en tant que problématiques spécifiques, sont l'objet des modules spécifiques de la deuxième partie du programme.

1.4 Les effets de la violence familiale

La violence a des effets importants sur les jeunes, qu'ils soient victimes ou exposés (Fortin, 2005; Lessard et al., 2003; Clément et al., 2005; Rycus et Hughes, 2005). Les effets énumérés plus bas ne sont pas tous présents, ni apparents dans tous les cas. Selon son tempérament, sa personnalité, sa vulnérabilité, chaque jeune exposé ou victime de violence a sa réaction propre, selon sa capacité de résilience⁷. Les effets de la violence peuvent se manifester dès l'enfance, ou apparaître seulement à l'adolescence ou à l'âge adulte. Dans certains cas, les effets sur le développement et l'équilibre de la personnalité sont très graves, d'autant plus si plusieurs formes de violence ont été cooccurrentes (Higgins et McCabe, 2001). Ils sont d'ordre :

Psychologique : des phobies soudaines; une attitude craintive en général, et plus particulièrement face aux membres du même sexe que l'agresseur; des symptômes dépressifs, des épisodes prolongés de tristesse, de repli sur soi, des symptômes liés au stress, de l'hypervigilance; des pensées suicidaires; un sentiment d'isolement social et une impression de stigmatisation; un faible niveau d'estime de soi; un sentiment de désarroi; une image corporelle déformée conduisant souvent à des troubles de l'alimentation; un sentiment écrasant de culpabilité ou d'auto-accusation pour les mauvais traitements subis; une difficulté à maintenir une identité cohérente; un dégoût de soi, de l'autodépréciation, de la haine de soi; divers troubles de personnalité et de santé mentale qui handicapent le fonctionnement personnel, interpersonnel et social.

Physique : des enfants généralement plus petits et de moindre poids; affectés parfois de lésions neurologiques graves et permanentes qui ont une incidence sur leur développement ultérieur; des troubles du sommeil graves et des étourdissements à l'état de veille; des troubles psychosomatiques, des problèmes gastro-intestinaux, des migraines, des problèmes respiratoires, de l'hypertension, des douleurs continues, des douleurs et des éruptions cutanées qui défient tout diagnostic ou traitement; un mauvais état de santé général.

Comportemental : des retards du développement; une timidité extrême et une peur des étrangers; un comportement belliqueux ou socialement indésirable, comme une tendance à rudoyer, à harceler ou à ne pas partager; des fugues; une grossesse à l'adolescence; des comportements autodestructeurs comme l'automutilation ou les brûlures volontaires; de la délinquance et de la prostitution; de la consommation excessive de drogues ou d'alcool et

⁷ Notion définie dans les « Définitions » au début du programme.

de la toxicomanie à un jeune âge; des troubles alimentaires comme l'anorexie, la boulimie avec des problèmes de poids, surtout chez les filles; le suicide ou des tentatives de suicide.

Relationnel : une insécurité dans les rapports avec les parents et les dispensateurs de soins; des problèmes de socialisation avec les pairs; des difficultés avec les frontières relationnelles; une perte d'amis intimes; une difficulté à faire confiance aux autres; une insatisfaction chronique dans les relations avec les adultes et une peur de l'intimité.

Scolaire : des résultats scolaires plus faibles de manière générale; un rythme de travail et d'apprentissage inférieur à la moyenne (selon les enseignants); de la mésadaptation scolaire et un comportement dérangeant en classe entraînant des mesures disciplinaires et de nombreuses suspensions; de l'absentéisme scolaire et du redoublement; une capacité moins grande de se fixer des objectifs scolaires et professionnels à long terme comparativement aux enfants non maltraités, ou parfois un surinvestissement et des objectifs scolaires très élevés.

Sexuel : un éveil sexuel prématuré; des comportements sexuels inappropriés; des conduites sexualisées avec l'entourage; érotisation des relations interpersonnelles; de la promiscuité, de l'aversion pour l'intimité et les rapports sexuels; des troubles sexuels à l'adolescence et à l'âge adulte; des difficultés à vivre des relations sexuelles satisfaisantes.

Beaucoup de manifestations énumérées plus haut sont rassemblées sous ce qu'on appelle le « Trouble de Stress Post-Traumatique ». L'encart à la page 17 en présente les manifestations et les critères du DSM-IV pour qu'un professionnel de la santé pose un tel diagnostic.

La réaction de l'entourage, selon que la violence est niée ou dramatisée, selon qu'elle est dénoncée, signalée ou qu'elle demeure cachée à l'intérieur du cercle familial, influe sur les effets et les séquelles de mauvais traitements. Les jeunes qui ont été protégés et traités rapidement sont plus susceptibles de ne pas présenter de séquelles.

Les filles et les garçons sont touchés différemment par la violence. Les filles sont plus susceptibles d'intérioriser leurs réactions à la violence se manifestant, par exemple, par des idées suicidaires, des troubles de l'alimentation, une mauvaise estime de soi et des troubles psychologiques. Les garçons sont plus susceptibles d'extérioriser leurs réactions à la violence, en montrant, par exemple, une agressivité, une délinquance et une violence accrue dans leur conduite.

Plus la violence est subie tôt dans le développement du jeune, et d'autant plus s'il y a cooccurrence de différentes formes de violence, plus il y a risque de conséquences dans différentes sphères de son développement :

- ▶ La capacité d'attachement.
- ▶ L'état de santé physique, mentale et psychologique.
- ▶ Le développement cognitif et intellectuel.
- ▶ Le développement social.
- ▶ Le fonctionnement à l'âge adulte.

Un des effets de la violence est sa reproduction intergénérationnelle. D'après Latimer (1998), le tiers des victimes reproduirait, avec leurs propres enfants, le même modèle d'éducation inadéquat, négligent ou abusif; un autre tiers des sujets resterait plus ou moins vulnérable aux effets de la violence subie pendant leur enfance, selon les facteurs de stress sociaux présents dans leur vie; et

le dernier tiers ne le reproduirait pas. À l'adolescence, ensuite à l'âge adulte, un jeune, victime ou exposé à la violence, est susceptible de reproduire la violence dans ses relations interpersonnelles. Les filles sont plus à risque de reproduire des conduites de victimisation dans leurs relations amoureuses, tandis que les garçons risquent de reproduire des conduites violentes dans leurs relations interpersonnelles.

LE TROUBLE DE STRESS POST-TRAUMATIQUE (TSPT).

Définition et symptômes (DSM-IV)

Traumatisme : Pour qu'un TSPT se constitue, le sujet doit avoir souffert, ou avoir été témoin d'un événement traumatique qui comporte des pertes de vie, ou des risques de décès, ou des blessures physiques graves pour lui, ou pour d'autres. Selon le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-IV, APA, Masson, 1996), la réaction de cette personne doit avoir englobé une peur intense, un sentiment de désespoir ou d'horreur.

Groupes de symptômes : il existe trois groupes de symptômes qui définissent le trouble de stress post-traumatique :

- ▶ Il y a **reviviscence de l'événement traumatisant** sous l'une ou plusieurs des formes suivantes (cauchemars, « flashbacks » et souvenirs envahissants) :
 - Des souvenirs récurrents et importuns douloureux et des cauchemars au sujet de l'événement.
 - Agir ou sentir comme si le traumatisme se reproduisait.
 - Une détresse psychologique ou une réactivité physiologique quand la personne est exposée à des signaux qui ressemblent à un aspect de l'événement traumatisant.
- ▶ L'**évitement** de stimuli associés au traumatisme et un **émoussement** général de la faculté de répondre, indiqués par au moins trois des signes suivants :
 - L'évitement de pensées, de sentiments ou de conversations en rapport avec le traumatisme.
 - L'évitement d'activités qui provoqueront des souvenirs du traumatisme (endroits ou personnes).
 - Incapacité de se rappeler un aspect important d'un événement.
 - Une baisse notable d'intérêt à l'égard d'activités significatives.
 - Des sentiments de détachement.
 - Une gamme restreinte d'humeur.
 - Un sentiment d'avenir raccourci.
- ▶ Des symptômes de **vigilance accrue** tels qu'indiqués par au moins deux des signes suivants :
 - Difficulté à s'endormir ou à rester endormi.
 - Irritabilité ou accès de colère.
 - Difficulté de concentrer l'attention.
 - Hyper vigilance.
 - Exagération de la réaction de sursaut.

On ne diagnostiquera un TSPT que si les symptômes persistent pendant au moins un mois et provoquent une profonde détresse, ou nuisent au fonctionnement du sujet.

Il faut distinguer les symptômes du TSPT des symptômes du TDAH* (Lessard et Paradis, 2003).

TSPT	TDAH
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Difficulté à se concentrer. ▶ Lors d'activités importantes, l'intérêt et/ou la participation sont nettement réduits. ▶ Manifeste des trous de mémoire au sujet de la violence. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Difficulté à maintenir son attention lorsqu'il exécute une tâche, ou lorsqu'il joue. ▶ Ne parvient pas à faire très attention aux détails; commet des fautes d'inattention dans son travail ou dans d'autres activités. ▶ Ne donne pas suite aux instructions; oublieux dans les activités quotidiennes.

* Trouble de déficit de l'attention/hyperactivité

1.5 La détection de la violence familiale

La **détection**⁸ de la violence familiale peut se faire par :

- ▶ Un intervenant extérieur au CJM en contact direct ou indirect avec l'enfant et ses parents, que ce soit dans le milieu social ou familial, à l'école, au centre de la petite enfance (CPE), au centre de services de santé et de services sociaux (CSSS), dans le cadre du service Crise Ado Famille (CAF), au centre hospitalier, à la clinique médicale, au centre d'hébergement pour femmes violentées, etc. Dans ce cas, le processus d'intervention au CJM débute par la réception du signalement.
- ▶ Un intervenant du CJM à l'intérieur des services psychosociaux ou de réadaptation, au cours de l'intervention auprès du jeune et de sa famille. Dans cette éventualité, la violence familiale n'était pas déjà révélée et elle est détectée lors d'une intervention visant une autre sphère de fonctionnement du jeune et de sa famille. Dans ce cas, la violence familiale est concomitante avec une autre problématique comme la négligence, l'abandon, les troubles de la conduite, la santé mentale ou la délinquance.

Les abus physiques, les abus sexuels et les mauvais traitements psychologiques, ainsi que les négligences graves menaçant la santé physique, sont l'objet d'un signalement obligatoire et immédiat à la DPJ, même si le cas est déjà connu.

Chacune des sections de la deuxième partie présente les indicateurs de comportement et les facteurs de risque spécifiques que les intervenants doivent connaître pour détecter les situations spécifiques de violence, telles que les mauvais traitements psychologiques, les abus physiques, les abus sexuels, ainsi qu'une dynamique familiale de violence.

1.6 Les besoins de traitement

Plus l'intervention arrive tôt après la violence subie, plus les séquelles peuvent être réduites. De façon générale, les besoins des victimes sont les suivants :

- ▶ Recevoir les soins physiques et médicaux nécessités par leur état; être rassurées sur leur état de santé et leur intégrité physique.
- ▶ Être protégées de la répétition des gestes subis auxquels elles ont été exposées.
- ▶ Sentir que l'entourage perçoit et reconnaît leurs blessures et leur détresse.
- ▶ Avoir accès à un mécanisme de soutien thérapeutique qui permet de parler, de ventiler et d'évacuer des émotions intenses : honte, humiliation, culpabilité, colère, rage, sentiment d'injustice, sentiment de trahison, de désespoir.
- ▶ Trouver un espace d'expression des sentiments aux personnes concernées, parent non abuseur et abuseur : la colère, le doute, la déception, la crainte, etc.
- ▶ Avoir accès à une forme d'intervention qui permet une reconstruction cognitive de ses responsabilités par rapport à l'événement et les effets sur la confiance dans les gens qui l'entourent.
- ▶ Apprendre à gérer la colère ressentie, sans reproduire la violence subie.
- ▶ Participer avec les membres de sa famille à améliorer sa sécurité.

⁸ Les définitions de la détection et du dépistage sont présentées dans les « Définitions » au début du programme.

Le traitement des effets doit comprendre du travail thérapeutique (Brillon, 2004) pour :

- ▶ Comprendre les événements et le rôle des symptômes qui y sont associés.
- ▶ Travailler les émotions associées aux événements.
- ▶ Travailler les pensées associées à la détresse post-traumatique.
- ▶ Faciliter la détente et l'apaisement.
- ▶ Diminuer la tendance à l'évitement.
- ▶ Favoriser la « digestion émotionnelle » des événements (Horowitz, cité par Brillon, 2004).

Les modules mauvais traitements psychologiques, abus physiques et abus sexuels identifient les éléments spécifiques à traiter pour chacune de ces situations spécifiques.

Chapitre 2 : La clientèle du programme

2.1 Description

Le *programme d'intervention en Violence familiale* s'adresse aux enfants et à leur famille qui vivent des situations de violence :

Les jeunes entre 0-17 ans, objets d'un signalement ou d'une référence qui :

- ▶ Sont exposés à la violence familiale entre leurs parents, entre un autre membre de la famille et un parent, entre la fratrie, ou à la violence vis-à-vis les personnes âgées de la famille.
- ▶ Sont victimes de mauvais traitements de la part d'un (ou ses) parent(s), de la part d'un membre de leur fratrie, d'un tiers proche de la famille, ou de toute autre personne extérieure à la famille.
- ▶ Présentent des séquelles de mauvais traitements antérieurs.

Les jeunes âgés de moins de 12 ans qui :

- ▶ Posent des gestes de violence, ou de mauvais traitements à l'intérieur comme à l'extérieur de la famille.

Les membres de la fratrie, signalés ou non, qui :

- ▶ Sont aux prises avec une situation de violence familiale.
- ▶ Doivent faire l'objet d'une vérification, sans intrusion automatique dans leur vécu personnel et familial, quant à l'impact de la situation sur leur développement et leurs relations familiales. Ils devront être signalés par la suite si leur sécurité et leur développement sont compromis.
- ▶ Doivent recevoir le support nécessaire pour pouvoir contribuer à la correction de la situation.

Les parents qui :

- ▶ Sont impliqués dans la situation de violence familiale.
- ▶ Sont impliqués dans une situation de violence conjugale qui a un impact sur le fonctionnement et le développement de leurs enfants (enfants sont l'objet de signalement).
- ▶ Sont auteurs de violence à l'égard de leurs enfants.

2.2 Points de repère légaux

La LSSSS

En vertu de la LSSSS, une situation de violence peut parfois faire l'objet d'une entente de service d'hébergement en unité de réadaptation en internat, dans une ressource intermédiaire ou dans une famille d'accueil avec un intervenant d'un établissement (CSSS).

La LPJ

L'article 38 de la LPJ introduit une énumération des situations où la sécurité ou le développement d'un enfant peut être considéré comme compromis lorsque soumis à des situations de « violence familiale » :

Article 38

*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**.*

On entend par :

- c) **mauvais traitements psychologiques** : lorsque l'enfant subit, de façon grave ou continue, des comportements qui lui causent un préjudice de la part de ses parents ou d'une autre personne et que ses parents ne prennent pas les moyens nécessaires pour mettre fin à la situation. Ces comportements se traduisent notamment par de l'indifférence, du dénigrement, du rejet affectif, de l'isolement, des menaces, de l'exploitation, entre autres si l'enfant est forcé à faire un travail disproportionné par rapport à ses capacités, ou par l'exposition à la violence conjugale ou familiale;*
- d) **abus sexuels** :*
 - 1° lorsque l'enfant subit des gestes à caractère sexuel, avec ou sans contact physique, de la part de ses parents ou d'une autre personne et que ses parents ne prennent pas les moyens nécessaires pour mettre fin à la situation;*
 - 2° lorsque l'enfant encourt un risque sérieux de subir des gestes à caractère sexuel, avec ou sans contact physique, de la part de ses parents ou d'une autre personne et que ses parents ne prennent pas les moyens nécessaires pour mettre fin à la situation;*
- e) **abus physiques** :*
 - 1° lorsque l'enfant subit des sévices corporels ou est soumis à des méthodes éducatives déraisonnables de la part de ses parents ou de la part d'une autre personne et que ses parents ne prennent pas les moyens nécessaires pour mettre fin à la situation;*
 - 2° lorsque l'enfant encourt un risque sérieux de subir des sévices corporels ou d'être soumis à des méthodes éducatives déraisonnables de la part de ses parents ou d'une autre personne et que ses parents ne prennent pas les moyens nécessaires pour mettre fin à la situation;*
- f) **troubles de comportement sérieux** : lorsque l'enfant, de façon grave ou continue, se comporte de manière à porter atteinte à son intégrité physique ou psychologique ou à celle d'autrui et que ses parents ne prennent pas les moyens nécessaires pour mettre fin à la situation ou que l'enfant de 14 ans et plus s'y oppose.*

Ces libellés permettent de situer plus clairement les motifs de signalement d'enfants pouvant être soumis à des situations de violence familiale.

Les paragraphes c) d) et e) ont un lien direct avec les gestes compris dans notre définition de la violence et son application dans le cadre de ce programme.

Le paragraphe f) concernant les troubles de comportement peut s'appliquer, dans le cadre du programme, à des gestes violents posés par un enfant de moins de 12 ans, à l'intérieur ou à l'extérieur de la famille.

La LSJPA

Le cadre légal de la LSJPA ne s'applique pas aux jeunes de 12 ans et moins qui posent des gestes de violence.

Le Code criminel

Dans le cadre de l'application de l'Entente multisectorielle, l'abuseur peut faire l'objet d'accusations et de poursuites en vertu du Code criminel dans les situations d'abus physiques ou sexuels perpétrés à l'égard d'un enfant. Les parents peuvent aussi faire l'objet d'accusations et de poursuites lorsque ceux-ci par négligence, n'assurent pas à l'enfant ou ne lui permettent pas de recevoir les soins que requiert sa santé physique ou dans les cas de gestes violents entre eux.

Le Code civil

Soulignons que l'article 2.2 de la LPJ, au chapitre des principes généraux et droits des enfants, s'inscrit dans les principes du Code civil du Québec en matière d'autorité parentale (article 599), à savoir :

Article 2.2

La responsabilité d'assumer le soin, l'entretien et l'éducation d'un enfant et d'en assurer la surveillance incombe en premier lieu à ses parents.

La Charte des droits et libertés de la personne

L'article 39 de la Charte consacre le droit de l'enfant à sa protection et à sa sécurité :

Article 39

Tout enfant a droit à la protection, à la sécurité et à l'attention que ses parents ou les personnes qui en tiennent lieu peuvent lui donner.

Chapitre 3 : Les objectifs du programme

OBJECTIFS GÉNÉRAUX

Concernant le jeune et la fratrie

- ▶ Assurer la protection des enfants contre les gestes et l'exposition à la violence familiale.
- ▶ Réduire les séquelles liées à la violence subie.
- ▶ Rétablir et développer leurs capacités relationnelles et sociales.
- ▶ Développer, selon leur âge, une meilleure capacité à se protéger.
- ▶ Cesser les gestes de violence qu'ils posent.

Concernant les parents

- ▶ Prendre les moyens pour que cesse la violence dans la famille.
- ▶ Augmenter leur capacité à protéger leurs enfants contre l'exposition à la violence familiale.
- ▶ Rétablir et améliorer leurs capacités personnelles et parentales.

Concernant la famille

- ▶ Rétablir et développer un fonctionnement familial harmonieux et sans violence.

Concernant la pratique professionnelle

- ▶ Spécialiser notre pratique professionnelle en matière de violence familiale.
- ▶ Développer chez les intervenants du CJM une compréhension et une pratique communes dans les situations de violence familiale.

Spécifiquement, être habilités :

- À détecter, évaluer et traiter la **problématique de violence** dans les situations de violence familiale.
- À intervenir et traiter, selon leurs caractéristiques propres, les diverses situations de violence telles que les abus physiques ou sexuels, les mauvais traitements psychologiques, l'exposition à la violence conjugale.
- À appliquer le protocole d'intervention sociojudiciaire prévu dans l'Entente multisectorielle⁹.
- À référer et à collaborer au moment opportun et de manière rigoureuse aux modalités de traitements offerts par nos partenaires spécialisés dans l'intervention en violence.
- À évaluer le risque pour la sécurité des enfants dans le contexte du retrait de l'enfant victime et dans celui de la réunification après une séparation.
- En acquérant les connaissances et attitudes nécessaires pour intervenir efficacement en violence familiale :
 - Savoir nommer et aborder la problématique de violence dans l'intervention auprès de la famille.
 - Savoir intervenir en contexte d'autorité auprès d'une clientèle résistante et souvent hostile.
 - Développer une pratique sécuritaire auprès des familles où il existe de la violence.

⁹ Étapes résumées à l'Annexe 1.

Chapitre 4 : Le modèle d'intervention en violence familiale

Le programme offre un modèle d'intervention de base qui préconise, dans toutes les situations de violence familiale, d'appréhender la violence familiale sous trois angles : la vision systémique de la violence familiale, l'apprentissage social de la violence et les facteurs individuels aggravants. Ce modèle de base est complété par des approches spécifiques à chacune des situations de mauvais traitements psychologiques, d'abus physiques et d'abus sexuels.

4.1 Une vision systémique de la situation

Le modèle systémique découle de la théorie générale des systèmes. Appliqué dans le champ précis de la violence familiale, le modèle systémique contribue à élargir la compréhension de la violence au-delà des gestes isolés d'un agresseur sur une victime. Il incite à tenir compte du contexte dans lequel se produisent les gestes de violence.

Comprendre la situation familiale de façon systémique implique donc :

- ▶ De s'intéresser à l'organisation du système familial, d'étudier les interactions entre ses divers membres, d'observer le mode de fonctionnement du système en termes de types de communication, de rôles formels et informels, de règles implicites et explicites, des mythes et de frontières ouvertes ou fermées entre les membres.
- ▶ D'observer l'interaction de la famille avec d'autres systèmes comme le système scolaire, le système social, le réseau de services, etc.
- ▶ De s'intéresser à la façon dont les conduites violentes servent à maintenir l'équilibre dans la famille, dans les rapports de hiérarchisation et de pouvoir entre les membres.
- ▶ De comprendre que notre intervention auprès d'une famille aux prises avec une situation de violence créera une crise dans le fonctionnement de la famille, que cette crise entraînera des pressions sur tous les membres de la famille pour retrouver l'équilibre antérieur, qui peut apparaître plus satisfaisant que les bouleversements que la situation nouvelle amène.

Les principales caractéristiques fréquemment rencontrées dans les familles aux prises avec une **problématique de violence** familiale ont été identifiées par Farmer (1989) à partir des descriptions de leur famille que donnaient, une fois rendues adultes, les personnes abusées ou maltraitées. D'autres auteurs ont confirmé par leurs recherches cliniques ces éléments dynamiques (Perrone et Nannini, 1995; Neuberger, 2000).

Ces constats cliniques établissent d'abord que dans ces familles :

- ▶ La violence est la manifestation d'un phénomène interactionnel; elle n'est pas uniquement individuelle.
- ▶ Tous sont impliqués, plus ou moins malgré eux, dans l'interaction.
- ▶ Chaque personne autonome demeure impliquée dans le déclenchement de la violence.
- ▶ N'importe qui peut être violent (ou perçu comme tel) sous des modalités particulières.

Farmer (1989) énumère les caractéristiques communes de ces familles.

Caractéristiques communes des familles aux prises avec une problématique de violence

Le recours au déni et le maintien du secret

- ▶ Les membres de la famille entretiennent différentes formes de déni :
 - Déni des faits : ce qui est arrivé n'est pas de la violence, c'est un accident, c'est sans importance.
 - Déni de la conscience des faits : la violence n'a pas été vue ni entendue, elle est sans témoins.
 - Déni de la responsabilité des mauvais traitements : la violence a été provoquée, incitée, est une réponse à un déclencheur.
 - Déni de l'impact sur les victimes : il n'y a pas de marques, il n'y a pas de séquelles.
- ▶ Le secret est maintenu pour éviter d'être responsable de l'éclatement de la famille. Faire face à la souffrance serait trop difficile et soulèverait trop d'émotions chez tous les membres de la famille. Le respect du secret et son maintien sont une attente.
- ▶ La menace de violence de la part de l'agresseur renforce le maintien du secret sur la violence (menace de suicide, de meurtre, de départ, etc.).

Un climat d'imprévisibilité

- ▶ Tout peut changer chaque jour. La famille vit au gré des humeurs des adultes. On ne peut prévoir leur humeur, leur comportement, leur application des règles et les conséquences aux manquements. La famille vit dans le chaos émotionnel.
- ▶ Les adultes ont le pouvoir de changer les règles selon leur humeur du moment. Il y a risque d'être puni à tout moment, ou abusé, ou exposé à la violence.
- ▶ La punition ou les mauvais traitements peuvent être suivis d'une récompense qui rétablit la paix et la satisfaction. Cela peut devenir un rituel ou un cycle, donc rendre la situation un peu plus prévisible, en apparence plus normale.
- ▶ Le décodage des besoins des adultes est difficile à faire et les adultes décodent mal et répondent mal aux besoins des enfants.

Un manque important de sensibilité aux besoins des autres

- ▶ Une préoccupation peu développée pour les autres, leurs besoins, leurs sentiments, surtout pour ce que la violence familiale leur fait vivre.
- ▶ Chacun est centré sur la survie dans un climat d'imprévisibilité et de violence. Sa sensibilité aux autres est occultée par la crainte de heurter la susceptibilité des personnes qui contrôlent les autres.
- ▶ On n'apprend pas à exprimer ses besoins parce qu'ils risquent d'irriter les autres.
- ▶ On apprend à refouler ses sentiments et on apprend à les gérer seul sans le support des autres membres de la famille.

La perméabilité des frontières internes de la famille

- ▶ Le respect de l'intégrité des autres, notamment le besoin d'intimité, les objets personnels, les vêtements, le sommeil, les lieux de toilette, n'est pas protégé par des règles explicites respectées et renforcées par les adultes.

- L'inversion des rôles dans la réponse aux besoins**
- ▶ Les besoins affectifs, matériels, sexuels ou autres des parents l'emportent sur les besoins de sécurité et de protection des enfants.
 - ▶ Un parent peut chercher à empêcher l'autre parent de répondre aux besoins des enfants et chercher à les maintenir sous son contrôle.
 - ▶ Dans la famille, on finit par considérer que c'est à l'enfant de s'arranger pour que son ou ses parents soient satisfaits, comblés, non irrités et contents de lui.
 - ▶ L'enfant en vient à penser que les mauvais traitements qu'il subit dépendent de lui et non pas de la mauvaise réponse des adultes à ses besoins. Une sorte de désinformation fait percevoir la situation comme correcte et normale.
- La perception extrême des conflits**
- ▶ Les mésententes et les divergences sont vécues comme des déclarations de guerre.
 - ▶ Le climat est toujours très tendu et on craint que tout explose à tout moment.
 - ▶ Tout le monde craint de faire éclater la situation, ce qui risque d'entraîner les mauvais traitements et les punitions excessives.
 - ▶ Les désaccords doivent être tus parce qu'ils sont menaçants pour le pouvoir et la hiérarchie établie dans la famille. Les divergences menacent l'équilibre et l'intégrité de la famille. La famille risque d'être brisée et anéantie à cause d'un de ses membres qui se plaint de mauvais traitements.
- La communication contradictoire**
- ▶ Les messages verbaux contredisent les messages non verbaux. « *C'est pour ton bien* » donne le droit de terroriser.
 - ▶ Les actions ne correspondent pas aux propos.
 - ▶ Les messages sont donc doubles et indécodables.
 - ▶ La perception des enfants est trompée par le message que les parents envoient de la situation.
 - ▶ Les enfants se perçoivent dans l'erreur et ne peuvent apprendre à décoder les messages qui les entourent.
- Un système familial fermé et replié sur lui-même**
- ▶ Très peu de liens sont entretenus avec les autres familles.
 - ▶ La famille est habituée à ne compter que sur elle-même.
 - ▶ L'isolement social est entretenu et maintenu.
 - ▶ La famille se maintient dans la perception que tout est normal en se faisant croire que toutes les familles sont pareilles.
 - ▶ Les frontières avec le monde extérieur sont étanches.
 - ▶ La solidarité exige de former un groupe uni contre la menace que représente le monde extérieur à l'existence de la famille : placement des enfants, emprisonnement des parents, etc.

Plus les caractéristiques sont présentes à un degré élevé, plus la violence est ancrée dans le fonctionnement de la famille. Il est donc nécessaire non seulement d'en évaluer la présence, mais aussi d'en mesurer l'intensité et d'apporter les nuances nécessaires pour comprendre comment ces caractéristiques influencent concrètement la situation et le fonctionnement de la famille concernée.

4.2 L'apprentissage social

Une **problématique de violence** donne lieu à des apprentissages qui prédisposent au recours à la violence dans les relations interpersonnelles. Les auteurs recourent fréquemment au modèle de **l'apprentissage social** pour expliquer l'apparition de conduites violentes chez l'enfant exposé ou victime de différentes formes de violence (écrits recensés dans Fortin et al., 2005).

- ▶ Le jeune qui évolue dans un cadre familial empreint de violence conjugale ou autre, est plus susceptible d'imiter les conduites violentes auxquelles il a été exposé. Une fois parent, il reproduit ou imite fidèlement le traitement qu'il a connu comme enfant (le tiers des enfants victimes reproduisent ce qu'ils ont vécu et un autre tiers demeure vulnérable).
- ▶ Des modèles parentaux présentant des conduites violentes transmettent à l'enfant le message que la violence est acceptable et a une valeur instrumentale (la violence permet d'obtenir ce que l'on veut). L'observation et l'exposition à la violence servent à légitimer et à justifier le recours à des conduites violentes par la suite. Cela provoque des déficits chez le jeune quant à l'analyse des situations interpersonnelles et les rapports d'égalité dans la solution des litiges. La violence sert de moyen de résolution de conflits.
- ▶ Le recours à la violence revêt un caractère à la fois valorisant et légitime pour le jeune et, en se développant, son expérience confirme qu'il est préférable d'être du côté de l'agresseur que de celui de la victime. Les gains apportés par la violence peuvent lui sembler plus importants que les conséquences de ses gestes, sur lui-même comme sur les autres.
- ▶ Le jeune qui évolue et se développe dans un climat et une problématique de violence apprend aussi comment les rapports fonctionnent entre les sexes, et peut adopter dans ses relations interpersonnelles les mêmes positions que celles du parent du même sexe que lui.

Il s'agit donc d'apprentissages qui sont à la fois pratiques et cognitifs, qui servent de modèles intériorisés et automatisés de comportement et d'interprétation des situations. Les personnes contrôlantes et violentes ont appris pour leur part que le recours à la violence sert à établir et maintenir une domination et un contrôle sur les autres membres de la famille, pour satisfaire leurs besoins, ou les empêcher de mettre des limites à leur action (Bancroft, 2002)¹⁰.

4.3 Un facteur individuel aggravant

En plus de se produire dans une problématique de violence, les gestes posés envers autrui peuvent être reliés à la présence d'une problématique individuelle chez la personne qui pose ces gestes :

▶ Un **trouble de santé mentale** :

On parle de trouble de santé mentale lorsque le comportement ou l'affect d'une personne :

- Est associé à une détresse ou à une altération dans au moins deux sphères de fonctionnement.
- N'est pas approprié à l'âge, à la culture ou au groupe ethnique.
- Entrave les habiletés scolaires, sociales ou personnelles.
- N'est pas une réponse ou une réaction normalement attendue.
- Persiste malgré diverses interventions éducatives.
- Est accompagné d'autres dysfonctionnements.

¹⁰ Caractéristiques de ce type de personne présentées en Annexe 2.

Certains troubles de santé mentale (trouble de personnalité, trouble sévère d'opposition, troubles anxieux, trouble envahissant de développement, etc.) peuvent entraîner chez les gens qui en sont affectés, des gestes de violence. Ces gestes de violence demeurent inacceptables et doivent être interprétés et traités en fonction de la problématique sous-jacente.

► Une **déficiences intellectuelle** :

Un retard ou une déficiences intellectuelle qui prédispose les personnes qui en sont affectées à réagir plus impulsivement et à manifester un manque de contrôle des pulsions agressives lorsque les sentiments d'incompréhension, de frustration et d'impuissance augmentent.

► Un **trouble neuropsychologique** :

Syndrome de Gilles de la Tourette, TDAH : impulsivité, intolérance aux frustrations, diminution des inhibitions, colères intempestives face aux figures d'autorité, manque de contrôle dans les situations de conflits. Ces personnes ne comprennent pas ce qui déclenche l'absence de freins à l'agression lorsqu'ils sont dans une situation tendue.

► Un **trouble neurologique** conséquent à un accident ou une maladie :

Les personnes affectées par ce type de trouble ont beaucoup de mal à tolérer les frustrations, sont impulsives et colériques, manifestent une diminution des inhibitions et peuvent avoir des réactions excessives dans les situations interpersonnelles qui augmentent leur anxiété ou leur tension.

► Un **problème de dépendance** :

Ces personnes, lorsqu'elles sont en état de manque ou de sevrage, vivent un déséquilibre important dans la régulation des humeurs et des réactions à l'entourage. Les manifestations de colère et des gestes de violence servent d'exutoire à la tension générée par leur état. La violence peut aussi devenir un moyen pour forcer l'entourage à leur fournir de la drogue ou les moyens pour s'en procurer.

Une problématique individuelle qui entraîne des gestes de violence impose à toute la famille une dynamique particulière et lui impose un fardeau avec lequel chaque membre de la famille doit composer, selon les enjeux relationnels que la situation lui fait vivre.

Rappelons de plus que :

Être aux prises avec une problématique individuelle ne justifie en rien le recours à la violence dans les relations avec autrui. Cela ne doit pas non plus constituer un alibi et une excuse pour les personnes de leur entourage. Quel que soit le trouble qui affecte les personnes, elles ont à apprendre à en gérer les manifestations et à garantir la sécurité d'autrui.

L'analyse de la situation permet de départager entre la dynamique familiale de violence qui maintient l'usage de la violence et qui influence, voire détermine l'apprentissage que les enfants font des relations interpersonnelles, et les caractéristiques individuelles d'une personne qui pose des gestes de violence.

Chapitre 5 : Le processus d'intervention en violence familiale

5.1 Les assises cliniques

Le programme respecte les principes de l'Entente multisectorielle.

Entente multisectorielle relative aux enfants victimes d'abus sexuels, de mauvais traitements ou d'une absence de soins menaçant leur intégrité physique (Québec 2001)	
FONDEMENTS	PRINCIPES
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Toute décision au sujet d'un enfant doit être prise dans le respect de ses droits et de son intérêt. ▶ Tout enfant a droit à la protection, au respect de son intégrité, à la sécurité et à l'attention que ses parents ou les personnes qui en tiennent lieu doivent lui donner. ▶ Tout enfant, compte tenu de son âge ou de son développement, doit être sensibilisé aux actes d'abus afin de pouvoir les reconnaître et y réagir. ▶ Tout enfant victime d'une agression a le droit qu'on lui donne l'assistance et l'aide que requiert son état. ▶ Tout parent est le premier responsable d'assurer la protection de son enfant; lorsque cela est nécessaire, l'État doit assurer cette protection. ▶ Tout abus sexuel, tout mauvais traitement physique ou toute absence grave de soins menaçant la santé physique d'un enfant est un acte criminel. ▶ Tout auteur d'abus, qu'il soit mineur ou majeur, est responsable de son comportement violent. ▶ Tout enfant et tout adulte doit percevoir concrètement la réprobation sociale qui frappe tout acte d'abus. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Tous les partenaires intéressés ont un objectif commun : protéger l'enfant et lui venir en aide. ▶ Tout adulte est tenu d'apporter son aide à un enfant victime d'abus sans présumer qu'une autre personne a déjà pris les dispositions pour assurer la protection de l'enfant. ▶ Toute intervention vise notamment à amener la personne abusive à reconnaître sa responsabilité, à l'assumer, de même qu'à abandonner ses actes abusifs. ▶ Toute concertation repose sur l'ouverture et la collaboration nécessaires à la transmission de l'information pertinente à l'élaboration des orientations et à la prise des décisions. Elle repose sur le souci d'éviter toute multiplication des interventions auprès des personnes en cause et sur le désir d'éviter de nuire aux interventions des différents partenaires ou de contrecarrer celles-ci. ▶ Tout partenaire reconnaît et respecte les compétences particulières et les pouvoirs de chacun. ▶ Toute intervention doit être rapide et concertée parce qu'elle est déterminante pour la protection de l'enfant; il est toutefois nécessaire de respecter le rythme de l'enfant.

Les orientations gouvernementales en matière d'agression sexuelle.

**Orientations gouvernementales en matière d'agression sexuelle
(Québec 2001)**

- ▶ Toute personne a droit au respect de son intégrité physique et psychologique.
- ▶ Tout enfant a droit à la protection et aux soins nécessaires à son bien-être et à son développement; tous les adultes, et en particulier ceux qui sont en situation d'autorité formelle, doivent assurer la sécurité et la protection des enfants.
- ▶ La protection et la sécurité des personnes doivent être assurées dans tous les milieux de vie, qu'ils soient privés ou publics.
- ▶ Le droit à la vie et à la sécurité de la personne doit avoir préséance sur les règles de confidentialité.
- ▶ L'agression sexuelle est un problème social inacceptable; la société doit la dénoncer et la réprouver.
- ▶ L'agression sexuelle est un acte de pouvoir et de domination d'une personne à l'endroit d'une autre.
- ▶ L'agression sexuelle est un crime grave contre la personne, qui doit être sanctionné par le système judiciaire.
- ▶ L'élimination des agressions sexuelles repose sur des rapports d'égalité entre les sexes, sur la responsabilisation collective et individuelle et sur l'adoption de comportements responsables et respectueux des personnes entre elles et, plus particulièrement, des adultes à l'égard des enfants.
- ▶ Les personnes victimes d'agression sexuelle sont en droit de s'attendre au respect et à l'empathie de la part de tous les intervenants et de toutes les intervenantes.
- ▶ Les personnes victimes d'agression sexuelle doivent être soutenues afin d'être en mesure de reprendre le contrôle de leur vie.
- ▶ Dans le cas d'un enfant victime d'agression sexuelle, les décisions doivent être prises dans son intérêt et dans celui des autres enfants.
- ▶ Les interventions auprès des agresseurs sexuels doivent viser à leur faire reconnaître et assumer la responsabilité criminelle des agressions qu'ils ont commises et à éviter qu'ils ne récidivent.

En ce qui a trait à la violence conjugale, le programme respecte les neuf principes énoncés dans la politique sur la violence conjugale.

**Politique d'intervention en matière de violence conjugale
(Québec 1995)**

- ▶ La société doit refuser toute forme de violence et la dénoncer.
- ▶ La société doit promouvoir le respect des personnes et de leurs différences.
- ▶ L'élimination de la violence conjugale repose d'abord sur des rapports d'égalité entre les sexes.
- ▶ La violence conjugale est criminelle.
- ▶ La violence conjugale est un moyen choisi pour dominer une autre personne et affirmer son pouvoir sur elle.
- ▶ La sécurité et la protection des femmes victimes et des enfants ont priorité en matière d'intervention.
- ▶ Toute intervention auprès des victimes doit être basée sur le respect de leur autonomie et reposer sur leur capacité à reprendre le contrôle de leur vie.
- ▶ Toute intervention doit tenir compte des effets de la violence conjugale sur les enfants et viser à les atténuer.

Les agresseurs sont responsables de leurs comportements violents; l'intervention doit viser à leur faire reconnaître leur responsabilité face à leur violence et à l'assumer.

De plus, le programme s'appuie sur la mission du CJM, les valeurs qui soutiennent son intervention et les principes qui en découlent, tels que définis dans le Plan d'organisation du CJM (2003) et le Processus d'intervention clinique (PIC) au CJM (2005).

Le programme d'intervention en violence familiale prend ses assises cliniques sur les énoncés suivants :

▶ **Chaque personne doit reconnaître qu'elle est responsable des impacts des gestes qu'elle pose ou omet de poser par rapport à la nécessité de protéger les enfants**

Chacun doit comprendre et accepter que les gestes de violence ont un impact sur autrui, en particulier sur les enfants. Un parent a la responsabilité de protéger les enfants contre la violence des autres membres de la famille, accepter qu'ils soient protégés contre sa propre violence. Il a aussi la responsabilité de participer à la réduction des impacts des gestes de violence que les enfants subissent.

▶ **Les personnes qui posent des gestes de violence doivent apprendre à reconnaître et à gérer leurs émotions, leurs impulsions et choisir des réactions non violentes**

Aucun acte de violence ne peut être légitimé quels que soient les motifs et les causes qui sous-tendent les gestes posés, compte tenu des dommages que cela entraîne sur la santé psychologique et physique des victimes. Les personnes qui manifestent ces conduites doivent trouver les moyens (ou se faire aider pour y parvenir) pour cesser de menacer l'intégrité d'autrui dans leurs relations. S'ils en sont incapables à cause d'un handicap ou une autre problématique, la société prend les moyens pour les contrôler et protéger leur entourage.

▶ **La famille entière est concernée dans l'émergence et dans la diminution de la problématique de violence familiale**

La violence familiale ne se réduit pas à une question de gestes posés par des agresseurs sur des victimes. La situation touche tous les autres membres de la famille; elle doit être analysée sous l'angle du climat prévalant et du fonctionnement familial. Les gestes peuvent parfois cesser temporairement, mais le climat de domination, de contrôle, voire de terreur, peut être maintenu.

▶ **La protection des membres de la famille doit primer dans les contacts et les interventions qui impliquent des interactions entre eux**

L'intervention de médiation, de couple, familiale, de contact parents/enfant, se fait dans des conditions qui assurent que les victimes ne risqueront pas d'être soumises à la problématique de violence, de domination, de contrôle psychique et de menaces. Il est préférable parfois que chacun accomplisse un cheminement individuel qui permet d'acquérir des capacités à se protéger, de renoncer aux gestes et attitudes de violence, avant d'être réunis en famille pour discuter de leur situation et de leur fonctionnement.

▶ **L'intervention en violence familiale se fait en étroite collaboration avec les divers établissements et organismes communautaires, en conformité avec les protocoles provinciaux et régionaux en vigueur**

La coordination entre les intervenants des réseaux de la justice, de la santé, du social, du scolaire, du communautaire et des ressources du milieu, permet de compléter la vision systémique du fonctionnement familial en y apportant une dimension écologique d'intégration de la famille dans sa communauté, quelle que soit la situation de violence rencontrée.

- ▶ **Tout professionnel, dans l'exercice de ses fonctions, qui a connaissance des verbalisations d'un jeune, qui fait le constat de blessures ou d'abus et qui a une présomption qu'un jeune est victime de mauvais traitements psychologiques, d'abus physiques, d'abus sexuels, doit faire un signalement immédiat au DPJ¹¹.**

Lors de la détection des abus physiques, des abus sexuels et des mauvais traitements psychologiques, le recours au **signalement obligatoire immédiat** se base sur les principes suivants, communs au « *Cadre de référence en matière de mauvais traitements physiques faits aux enfants* » (ACJQ, 1998) et au « *Guide d'intervention lors d'allégations d'abus sexuels envers les enfants* » (ACJQ, 2000) :

- Tout intervenant doit prendre au sérieux les propos d'un jeune qui dit avoir été maltraité ou avoir été victime d'abus sexuels et intervenir sans délai.
- Tout adulte est tenu d'apporter l'aide nécessaire à un jeune qui se dit victime d'abus physiques ou d'abus sexuels, à saisir les autorités compétentes, dans le but d'assurer sa protection et celle d'un autre jeune¹².
- L'intervenant ne doit jamais tenir pour acquis qu'une autre personne a pris les dispositions nécessaires pour assurer la protection du jeune, sans avoir fait les vérifications appropriées.
- Tout intervenant doit prioriser la sécurité et la protection du jeune.
- Tout jeune doit, dans la mesure du possible, être maintenu dans le milieu parental et la sortie de la personne abusive doit toujours être envisagée en premier lieu.

Lorsque ce sont les corps policiers qui reçoivent la plainte à propos d'un jeune maltraité ou abusé, ils font le signalement au DPJ. Si le DPJ reçoit le signalement en premier, il divulgue la plainte aux policiers¹³.

5.2 Le processus d'intervention

5.2.1 La collecte des données (RTS et E/O)

Dès la réception d'un signalement, l'intervenant du service RTS procède à la collecte de données, afin de procéder à une analyse sommaire et décide si le signalement doit être retenu pour évaluation. Si le signalement est retenu pour évaluation, l'intervenant du service RTS peut, aux fins d'assurer la **sécurité immédiate** de l'enfant, rendre pour une durée maximale de 48 heures, l'une des mesures de protection immédiates en référence à l'article 46 de la LPJ, notamment :

- ▶ Restreindre ou interdire le contact entre l'enfant et ses parents, ou une autre personne.
- ▶ Retirer l'enfant et le confier à un des parents, à une autre personne significative, ou à un établissement.
- ▶ Prendre toute autre mesure pour protéger l'enfant.

¹¹ LPJ, art. 39.

¹² LPJ, art. 42.

¹³ En conformité avec le « *Protocole d'entente relativement à l'application de l'Entente multisectorielle sur les abus physiques* » convenu entre le CJM et les SPG des districts judiciaires de la région, 2006.

Lorsque l'intervenant E/O est appelé à statuer sur la compromission de la sécurité et du développement de l'enfant visé par le signalement, la première décision qu'il est appelé à prendre concerne la pertinence de prolonger ou de prendre des mesures de protection immédiates pour assurer sa **sécurité immédiate**. Le Chapitre 6 traite du retrait en urgence, du retrait planifié, de la gestion des contacts et de la réunification.

L'intervenant E/O collecte des données sur les faits, la vulnérabilité du jeune, les capacités et la volonté des parents de mettre fin à la situation, et les ressources du milieu, afin de statuer sur la compromission de sa sécurité et de son développement. L'application des critères de rétention d'un signalement doit tenir compte que la pratique mise de l'avant par la directrice de la protection de la jeunesse est à l'effet que du moment qu'il y a allégation d'abus sexuels ou d'abus physiques, le signalement est considéré comme recevable, à moins d'une allégation manifestement farfelue. L'intervenant E/O met alors en application la procédure d'intervention sociojudiciaire issue de l'Entente multisectorielle (étapes et rôles résumés à l'Annexe 1)¹⁴. L'évaluation du signalement se fait conjointement avec le policier¹⁵ au moyen de l'entrevue d'investigation.

L'intervenant doit ensuite **orienter** la situation du jeune vers une mesure appropriée. La collecte des données se fait selon le modèle multidimensionnel (CJM, PIC, 2005). Certains aspects spécifiques sont à documenter en fonction du type de violence en jeu dans la situation. Les tableaux qui suivent présentent les deux aspects à documenter selon chacune des dimensions. Se rappeler que ce sont des pistes de données à collecter selon les sources accessibles à l'intervenant (dossier actuel et antérieur, partenaires, rencontres, etc.).

¹⁴ En conformité avec les protocoles d'ententes régionaux entre la DPJ et les instances judiciaires et policières concernant les situations d'application automatique ou circonstancielle de l'Entente multisectorielle.

¹⁵ Objet d'une formation aux intervenants concernés et rappelée dans le Répertoire.

Tableau 1 Collecte des données

Caractéristiques du jeune	
DONNÉES GÉNÉRALES SELON LE PIC	DONNÉES SPÉCIFIQUES À LA VIOLENCE FAMILIALE
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Son histoire. ▶ Son niveau de développement : <ul style="list-style-type: none"> • Physique. • Intellectuel. • Affectif. • Social. ▶ Son comportement. ▶ Son fonctionnement. ▶ Ses forces, ses habiletés... <p>Voir le « GED » et la « Grille de développement 0-18 ans » dans le Répertoire ou dans le modèle de rapport Orientation.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Type de violence subie et à laquelle est exposé le jeune : Abus physiques, abus sexuels, mauvais traitements psychologiques, exposition à la violence conjugale, contexte de conflit de loyauté, de conduites aliénantes, d'aliénation parentale. ▶ Séquelles de la violence : Trouble de stress post-traumatique, retards de développement, anxiété et peurs, conduites excessives inhabituelles. <p>Voir aussi la « Grille Diorio-Fortin » dans le modèle de rapport Orientation¹⁶, élaborée en rapport avec les mauvais traitements.</p> <p>Dans le cas d'un jeune agissant :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Type de violence agie : Présence d'une problématique individuelle : trouble de santé mentale, déficience intellectuelle, trouble neurologique, problème de dépendance.

Caractéristiques des parents en tant qu'adultes	
DONNÉES GÉNÉRALES SELON LE PIC	DONNÉES SPÉCIFIQUES À LA VIOLENCE FAMILIALE
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Leur vécu. ▶ Leur niveau de développement : <ul style="list-style-type: none"> • Intellectuel. • Affectif. • Social. ▶ Leur fonctionnement en tant qu'individus. ▶ Leur fonctionnement en tant que couple. ▶ Leurs forces, l'exercice de leurs compétences. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Âge des parents à la naissance du premier enfant. ▶ Antécédents de violence physique ou sexuelle subie durant l'enfance, d'exposition à la violence conjugale. ▶ Antécédents de placements (brisures de liens, perturbations affectives, carences affectives). ▶ Antécédents conjugaux (nombre de partenaires, durée de la relation, présence ou non de violence conjugale et familiale). ▶ Présence de violence conjugale, de conflit de loyauté, de conduites aliénantes, d'aliénation parentale, de violence sur les aînés. ▶ Antécédents criminels (voies de fait par exemple). ▶ Correspondance avec les caractéristiques des personnes contrôlantes et violentes (voir Annexe 2). ▶ Présence d'une problématique individuelle : trouble de santé mentale, déficience intellectuelle, trouble neurologique, problème de dépendance.

¹⁶ Disponible dans les modèles de rapports dans le « Répertoire des Formulaires ».

Tableau 1 Collecte des données (suite)

Caractéristiques des parents en tant que parents	
DONNÉES GÉNÉRALES SELON LE PIC	DONNÉES SPÉCIFIQUES À LA VIOLENCE FAMILIALE
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Engagement des parents dans l'exercice de leurs rôles parentaux : <ul style="list-style-type: none"> • Protection : réponse aux besoins de base, surveillance face aux situations à risque et protection contre les abus. • Autorité : imposition des normes, règles, interdits et balises selon les modalités de constance et de cohérence requises. • Affection : réponse concrète et sentie aux besoins affectifs de l'enfant permettant de développer une relation. • Éducation : stimulation permettant le développement de l'enfant, réponse aux besoins d'instruction, transmission des valeurs et des codes de conduite. • Identification : présence et interactions permettant d'offrir un modèle à l'enfant. ▶ Niveau de satisfaction mutuelle de la relation parent/jeune. ▶ L'attachement parent/jeune. ▶ Continuité de la présence de la figure parentale. <p>Le « Guide d'évaluation des capacités parentales », adaptation de Steinhauer, donne aussi des pistes d'observation et de collecte de données.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Antécédents de violence envers l'enfant ou un autre de ses enfants. ▶ Présence actuelle de violence physique, verbale, psychologique ou sexuelle. ▶ Type de pratiques parentales, capacité d'encadrement, méthodes éducatives privilégiées. ▶ Les excès dans les punitions, les exigences, les attentes. ▶ Capacité de protéger contre les abus, les humiliations. ▶ Capacité à identifier les besoins des enfants. ▶ Capacité à assurer les soins aux enfants.

Tableau 1 Collecte des données (suite)

Relations familiales	
DONNÉES GÉNÉRALES SELON LE PIC	DONNÉES SPÉCIFIQUES À LA VIOLENCE FAMILIALE
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Type de famille (nucléaire, monoparentale ou recomposée). ▶ Composition de la famille – fratrie. ▶ Les liens entre les membres de la famille. ▶ Les frontières entre les personnes et les générations. ▶ Les règles de fonctionnement, explicites et implicites. ▶ Les rôles joués et attendus : confusion et inversion. ▶ Les alliances et coalitions. ▶ Les mythes. ▶ La qualité de la communication, verbale, non verbale. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Reproduction intergénérationnelle de la violence dans la famille. ▶ Présence de plusieurs problématiques de violence. ▶ Climat de violence dans les relations familiales. ▶ Concordance avec les caractéristiques des familles aux prises avec une situation de violence : <ul style="list-style-type: none"> • Le recours au déni et au secret. • Un climat d'imprévisibilité. • Un manque important de sensibilité aux besoins des autres. • La perméabilité des frontières internes. • L'inversion des rôles dans la réponse aux besoins. • La perception extrême des conflits. • La communication contradictoire. • Un système familial fermé et replié sur lui-même.

Relation avec le milieu social	
DONNÉES GÉNÉRALES SELON LE PIC	DONNÉES SPÉCIFIQUES À LA VIOLENCE FAMILIALE
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Le fonctionnement social du jeune. ▶ Son environnement social. ▶ Le type de pairs. ▶ Le type d'activités. ▶ Niveau d'intégration du jeune à l'école. ▶ Climat de la classe et de l'école. ▶ Participation à des activités parascolaires. ▶ Attitudes des enseignants et de l'ensemble du personnel envers le jeune. ▶ Intégration de la famille dans le milieu social (relation avec le voisinage, type de quartier, d'activités). ▶ Place et rôle de la famille élargie. ▶ Réseau naturel de soutien dans le milieu. ▶ Milieu culturel, ethnique. ▶ Accessibilité aux drogues et aux armes. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Situation socio-économique de la famille. ▶ Facteurs de stress familiaux (maladie, décès, perte d'emploi, argent, logement, etc.). ▶ Présence de violence dans la famille élargie. ▶ Reproduction de la violence dans le milieu social et dans le milieu scolaire. ▶ Personnes de soutien pour aménager avec elles des scénarios de protection.

Tableau 1 Collecte des données (suite)

Relation avec les services
DONNÉES GÉNÉRALES SELON LE PIC
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Les services reçus et acceptés. ▶ La collaboration du jeune et de ses parents à ces services. ▶ Les résultats des mesures et services antérieurs, pour des situations de violence ou d'autres problématiques; leurs effets sur la situation. ▶ L'accès aux services. ▶ Leur perception des services, leur relation avec les intervenants sociaux et scolaires. ▶ Présence et résultats d'évaluations antérieures en psychologie, en pédopsychiatrie ou autres.

5.2.2 L'analyse des données (E/O et A/M à chaque révision du PI et de la situation)

L'analyse des données consiste à établir les liens entre :

- ▶ Les faits relatifs aux gestes de violence, leurs circonstances, ainsi que leurs séquelles, tels que recueillis lors de l'entrevue d'investigation, les observations directes et le contact avec les personnes en cause.
- ▶ Les données recueillies à partir du modèle multidimensionnel.
- ▶ Les éléments reliés au fonctionnement de la famille :
 - Similitudes avec les caractéristiques communes des familles aux prises avec des problèmes d'abus et de violence.
 - Similitudes avec les caractéristiques des familles présentées dans le module spécifique à la situation.
- ▶ La reproduction intergénérationnelle de la violence.
- ▶ Les facteurs individuels aggravants associés à la violence.

L'intervenant formule une hypothèse systémique qui établit le rôle joué par les divers facteurs inventoriés dans l'émergence et le maintien de la violence, et du sens qu'ils ont dans l'équilibre et le fonctionnement de la famille. Il s'agit des principaux besoins à répondre, ou des problèmes à résoudre pour corriger la situation, ce qui devient l'OBJECTIF GÉNÉRAL de l'intervention.

L'hypothèse permet de préciser, le cas échéant, si la situation doit être traitée en se référant à un autre programme d'intervention (négligence, troubles de la conduite, abandon, santé mentale et troubles de la conduite ou délinquance).

Rappelons ici qu'une hypothèse est une explication provisoire à être soumise au jeune et à la famille pour permettre de cibler les changements à apporter, et doit être validée périodiquement.

Le processus se poursuit par une estimation des **déterminants** qui vont orienter les mesures et l'intensité de l'intervention :

- ▶ Le niveau de reconnaissance du problème : entre le refus total d'admettre que les gestes de violence ont été posés et la reconnaissance de son implication et sa responsabilité :
 - Que les gestes posés sont de mauvais traitements.
 - Qu'ils ont un impact négatif sur la victime et son entourage.
 - Qu'ils doivent cesser.
 - Que la famille au complet est affectée par la situation de violence.

- ▶ Le niveau de motivation à entreprendre un changement : entre l'absence totale de volonté et de disposition à faire quoi que ce soit pour modifier son comportement, et l'expression d'un malaise ou un inconfort qui prédispose à s'impliquer dans un changement :
 - À collaborer avec les mesures de protection.
 - À prendre les moyens pour que les gestes de violence cessent.
 - À rétablir ou développer certaines compétences.
 - À recevoir l'aide nécessaire pour maintenir les acquisitions nouvelles.
 - À ce que chacun participe à la recherche d'un fonctionnement familial sans violence.

- ▶ Le degré de capacité : entre des ressources personnelles très limitées par des handicaps et un bagage suffisant de connaissances et de qualités individuelles :
 - À participer aux mesures et interventions préconisées.
 - À mettre en œuvre les moyens ciblés.
 - À adopter de nouveaux comportements pour remplacer les comportements violents.

En conformité avec le PIC, le processus se continue en déterminant le BUT de l'intervention, soit le milieu où il est souhaité que le jeune vive et se développe à la fin de l'intervention.

SITUATION DÉJÀ CONNUE

Dans le cas d'une situation déjà connue au CJM et qu'un signalement pour abus sexuels, abus physiques ou mauvais traitements psychologiques ait été retenu, l'intervenant E/O valide si le signalement est fondé, et à moins que l'analyse demeure la même et que les mesures actuelles de protection soient suffisantes, procède ensuite à une demande de révision anticipée. Le réviseur, de concert avec l'intervenant E/O et l'intervenant A/M, établit les modifications aux mesures de protection actuelles et détermine s'il faut retourner (ou aller dans le cas d'une mesure volontaire) au tribunal demander des mesures judiciaires différentes.

Rôle de l'intervenant A/M lors d'un signalement d'un cas connu

Pendant l'évaluation du signalement d'un jeune déjà pris en charge par nos services, l'intervenant psychosocial à A/M doit, en se concertant avec les autres personnes qui interviennent auprès du jeune et sa famille :

- ▶ Supporter le jeune dans ses besoins d'être protégé et écouté, **sans cependant procéder lui-même à une entrevue d'investigation des allégations**, responsabilité conjointe des policiers et des intervenants psychosociaux à E/O; maintenir une neutralité qui réduit le risque de modifier ou suggérer des mots ou des déclarations au jeune.

- ▶ Collaborer avec l'intervenant E/O qui a à évaluer le signalement et collaborer à la planification des interventions reliées au cadre du protocole d'intervention sociojudiciaire. L'intervenant E/O et son partenaire policier ont la responsabilité de coordonner les interventions et les informations et collaborer à leur planification.
- ▶ Être sensible à l'impact sur le fonctionnement de la famille du processus judiciaire en cours.
- ▶ Se servir de sa compréhension de la dynamique de la famille pour saisir les enjeux que la situation soulève pour chacun et offrir de les accompagner et les soutenir :
 - Le parent non maltraitant dans son rôle auprès du jeune victime et des autres jeunes.
 - Le jeune victime dans le sens qu'il accorde à la situation, la responsabilité qu'il s'attribue et les conséquences qu'il anticipe suite au dévoilement.
 - Les membres de la fratrie dans leurs réactions face à la victime et au parent soupçonné.
 - Le parent soupçonné, s'il accepte le support proposé, dans l'impact que lui fait vivre cette procédure sociojudiciaire.
- ▶ Après qu'elle eût été expliquée par l'intervenant E/O et son partenaire policier, s'assurer de la compréhension de chaque membre de la famille de la procédure d'intervention sociojudiciaire, de ses étapes, de son fonctionnement, ainsi que des droits et recours de chacun.
- ▶ Poursuivre, une fois le signalement retenu, l'analyse de la situation et réviser le plan d'intervention en fonction de la **problématique de violence** identifiée et les nouvelles mesures appliquées, s'il y a lieu.

5.2.3 La planification de l'intervention

La planification de l'intervention est l'élaboration, la mise en œuvre et la révision d'un plan d'intervention et d'un plan de services individualisé (PSI), le cas échéant.

L'IMPLICATION DE CHACUNE DES PERSONNES

L'implication de chacun des membres de la famille est souhaitée le plus tôt possible dans l'intervention. Cependant, la protection des jeunes et la volonté de s'impliquer dans le changement, sont des aspects déterminants dans la planification de l'intervention.

Les familles qui sont impliquées dans des situations de violence familiale ont en général beaucoup de mal à en reconnaître la gravité et les impacts. Elles vont parfois subir les mesures de protection sans nécessairement être capables de comprendre ou accepter les changements que cela implique dans leur dynamique et leur fonctionnement.

L'intervenant A/M, comme l'intervenant E/O qui l'a précédé, doit donc s'attendre à entreprendre un processus très graduel de reconnaissance et d'implication des personnes en cause (jeunes, adolescents ou parents).

- ▶ Le défi initial à relever pour l'intervenant est d'établir le contact avec chacun des membres de la famille, surtout les plus réticents. C'est d'arriver à leur faire accepter de rencontrer régulièrement l'intervenant pour pouvoir être au moins impliqué dans les objectifs de protection à atteindre.

- ▶ Le lien avec chacun des membres de la famille doit être continu, récurrent et maintenu, quel que soit le niveau de reconnaissance et de motivation manifesté. Chacun est un client dans un cheminement qui lui est propre.
- ▶ La protection des jeunes ne doit jamais être sacrifiée au nom du maintien du lien parent/jeune ou de la relation intervenant/client.
- ▶ La reconnaissance de la responsabilité des gestes et de la nécessité de changer ne doit pas être exigée pour avoir accès à des services. Elle se construit graduellement et devient un processus de changement vers un fonctionnement différent. Le « *Répertoire des activités cliniques du Programme* » offre des pistes d'intervention très concrètes à l'éducateur et à l'intervenant psychosocial, pour susciter le changement à chacune des phases.
- ▶ Toute intervention de médiation, familiale ou de couple, incluant des informations initiales données à tous au cours de la procédure d'intervention sociojudiciaire, doit se faire dans un contexte de sécurité pour les jeunes et les adultes. L'intervenant s'assure que le contexte ne permet pas de reproduire la problématique de violence familiale qui paralyse la contribution à la solution du problème.
- ▶ En cas de négation totale et de non-disposition d'une personne visée par la situation, l'intervenant s'assure :
 - Qu'elle est informée adéquatement, s'il y a lieu, des procédures sociojudiciaires en cours.
 - Qu'elle est informée de l'état de santé et de bien-être des jeunes.
 - Que son avis est recherché sur les mesures appliquées à la situation des enfants.
 - Qu'elle est informée des conditions exigées pour qu'il y ait contact ou réunification (Chapitre 6).

LES PRIORITES DE L'INTERVENTION¹⁷

L'intervention en violence familiale vise deux priorités : la protection des jeunes et le rétablissement ou le développement des capacités du jeune et de la famille à organiser leur milieu de vie dans un fonctionnement familial sans violence.

Priorité 1 :

Assurer la protection du jeune et de son entourage par l'arrêt immédiat des gestes dont il est victime ou de l'exposition à la violence dont il est l'objet.

Cette priorité représente un résultat minimum nécessaire qui doit être atteint dans le cadre d'une intervention en protection (PJ) dans une situation de violence familiale. L'intervention du DPJ ne peut cesser que si l'intervenant responsable du dossier estime que les jeunes sont protégés actuellement contre la violence, et vont le demeurer dans leur milieu actuel ou éventuel d'hébergement, c'est-à-dire que le niveau de risque de subir ou être exposé à la violence est évalué comme faible.

¹⁷ Cette section est en grande partie inspirée par les travaux de recherches de Fortin et al., 2005, de Lessard et al., 2003, de Arseneau et al., 2004, de Tourigny, 2004 et des documents d'orientation ministérielle en matière de mauvais traitements physiques et d'abus sexuels.

Priorité 2 :

Traiter c'est-à-dire, maintenir, rétablir ou développer, selon les cas, les compétences du jeune, des parents et des autres membres de la famille, à assurer un milieu de vie sans violence.

Cette priorité permet de maintenir un fonctionnement familial sans violence. Elle commence dans le cadre de l'intervention en protection et peut se poursuivre et se compléter en LSSSS, par des établissements et les organismes communautaires.

Ces priorités présentées ici comme applicables à toutes les situations de violence, sont déterminées en fonction de l'analyse de la situation, des capacités de chacun, du niveau d'implication dans le changement que chacun a atteint, et des spécificités dans l'intervention commandées par la situation de violence impliquée (modules spécifiques, 2e partie). Elles se concrétisent avec le jeune et sa famille dans un plan d'intervention (PI) et un plan de services individualisé (PSI), le cas échéant, réaliste et révisé régulièrement, conformément au PIC (CJM, 2005).

5.3 Outils cliniques

Certains outils permettent d'ajouter des données à la compréhension de la situation du jeune et de sa famille, ou de mesurer l'évolution de la situation. Ils mesurent certains aspects relatifs à la violence subie, à ses séquelles et au degré de risque que la situation se reproduise. Les outils mesurent aussi le fonctionnement des personnes qui posent les gestes de violence. Ces outils sont valables à tout moment dans le processus d'intervention. Les outils sont présentés en détail dans le « Répertoire des activités cliniques ». Nous ne faisons ici que les nommer et les décrire brièvement. De plus, dans chacun des modules de la 2e partie, des outils spécifiques à chacune des situations de violence sont présentés.

► L'Échelle post-traumatique pour enfants (Trauma Symptom Checklist for Children)

Cet instrument est conçu pour évaluer la détresse post-traumatique reliée à de mauvais traitements, des abus sexuels, de la victimisation par les pairs, une perte affective importante, une exposition à la violence conjugale ou à un désastre naturel.

Cet instrument permet de valider, en présence de certains symptômes, la pertinence de recourir à un professionnel de la santé pour poser un diagnostic d'un Trouble de Stress Post-Traumatique.

Cet instrument devra être utilisé lorsque des Symptômes du trouble de stress post-traumatique¹⁸ sont apparents. Il peut s'avérer aussi très pertinent d'utiliser cet instrument dès E/O pour renseigner le tribunal sur la gravité des séquelles et la pertinence des mesures de protection (incluant le retrait de l'enfant).

► L'entrevue d'investigation (Grille des critères de Yuille)

C'est une méthode d'entrevue non suggestive qui permet à l'intervenant d'évaluer la crédibilité des allégations d'un enfant par rapport à un abus physique ou sexuel. C'est l'entrevue réalisée par l'intervenant psychosocial et son partenaire policier lors de l'application de l'Entente

¹⁸ Définition et description dans le tronc commun, encart page 17.

multisectorielle. La méthode permet d'appliquer une grille de critères qui valide les allégations d'un enfant. Cette méthode est aussi recommandée dans toute situation qui implique d'écouter et d'aider un enfant à raconter les mauvais traitements qu'il a subis.

C'est le type d'entrevue qui devra être réalisée dans l'évaluation d'un signalement pour de mauvais traitements psychologiques, des abus physiques ou des abus sexuels, que l'Entente multisectorielle soit enclenchée ou non.

Elle fait l'objet d'une formation et ses grandes lignes sont rappelées dans le « Répertoire des activités cliniques » du programme.

► **Les outils cliniques préconisés par les autres programmes**

Les outils préconisés par les autres programmes qui permettent d'évaluer la personnalité, les retards de développement, les capacités parentales et certaines problématiques associées comme la toxicomanie, les problèmes de santé mentale, l'hyperactivité, etc., aident l'intervenant à compléter sa compréhension des besoins des jeunes et de leur famille selon la situation qu'ils vivent.

LE RECOURS A L'EXAMEN PSYCHOLOGIQUE

Dans certains cas, une évaluation psychologique aura été ordonnée par la Chambre de la jeunesse avant de déterminer la mesure appropriée à la situation. Il est légitime d'avoir recours à une évaluation psychologique au moment de l'évaluation de la situation ou de la planification de l'intervention, pour :

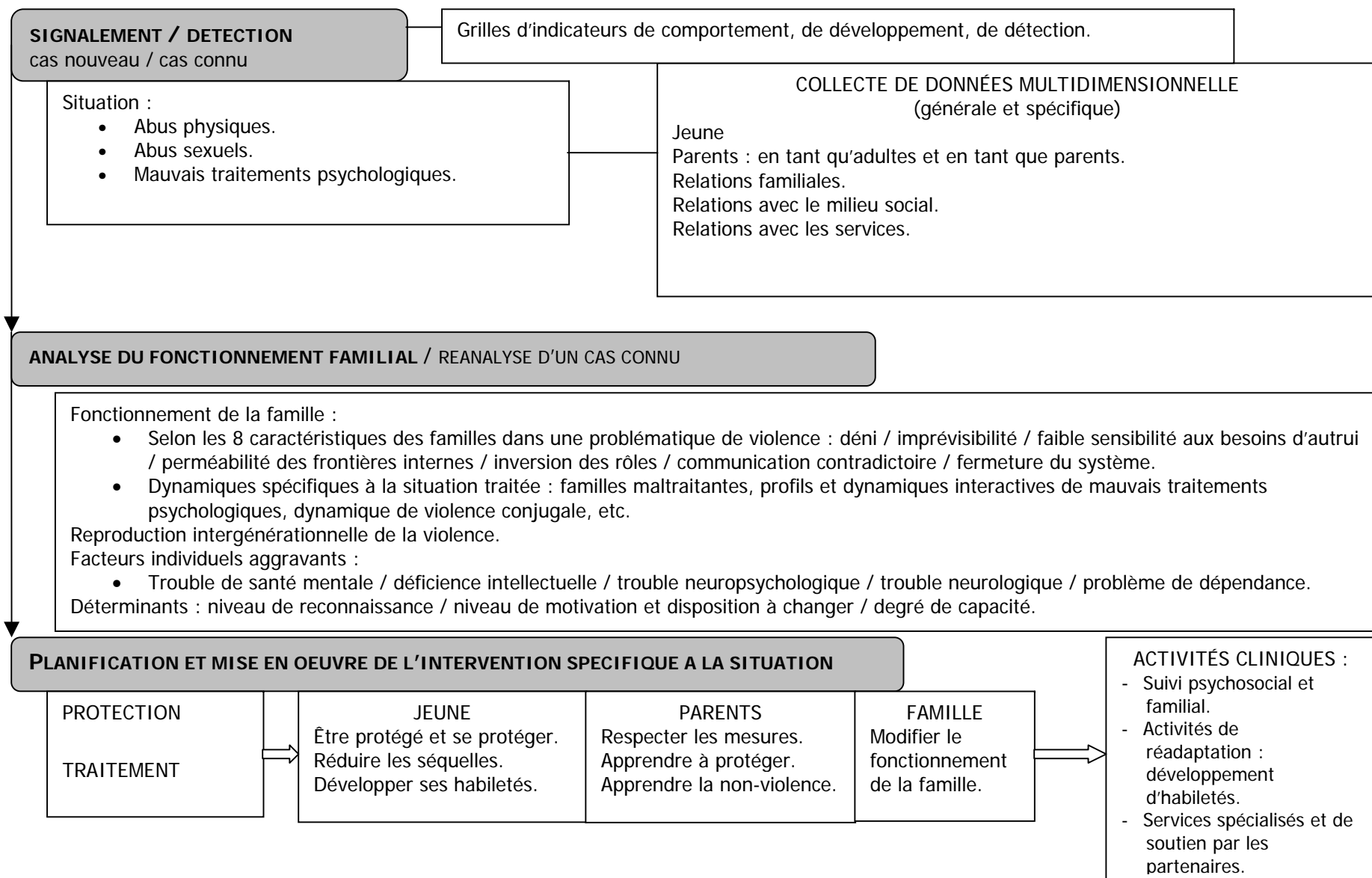
- Documenter les caractéristiques de personnalité de l'auteur présumé des mauvais traitements.
- Établir et/ou relever les caractéristiques particulières qui affectent l'adaptation d'un jeune et augmentent sa vulnérabilité (déficit d'attention, hyperactivité, troubles oppositionnels, etc.).
- Apporter un éclairage sur les séquelles psychologiques des mauvais traitements sur le jeune victime et sur l'impact des pertes consécutives au dévoilement.

Certaines caractéristiques de la situation peuvent guider l'intervenant dans le recours à l'examen psychologique : la complexité de la situation, l'échec des moyens déjà utilisés, le jeune âge de l'enfant, la nécessité de demeurer rigoureux lorsque les enjeux sont possiblement lourds de conséquences pour les parties en cause (ex. : placement). La consultation au préalable d'un psychologue du CJM permet de valider le recours à l'examen psychologique.

En aucun cas l'évaluation psychologique ne devrait être utilisée dans le but d'établir si les mauvais traitements physiques ou les abus ont eu lieu ou non. Les outils généralement utilisés dans un examen psychologique ne sont pas conçus et n'ont pas la capacité de déterminer si une personne a posé des gestes de mauvais traitements, ni si un enfant en aurait été victime.

Tableau 2

Processus d'intervention clinique en violence familiale



Chapitre 6 : Le retrait du milieu familial en contexte de violence familiale

Le « *Cadre de référence en matière de retrait du milieu familial* » (CJM 2007) sert de base à la décision de tout retrait du milieu familial, à toutes les étapes de l'intervention, que ce soit en urgence, à l'évaluation/orientation ou pendant l'application des mesures. Nous en reprenons ici les grandes lignes en soulignant les aspects spécifiques aux situations de violence.

6.1 Le retrait en urgence de la victime

La première décision que doit prendre l'intervenant (RTS ou E/O) concerne la pertinence de prendre des mesures de protection immédiates visant le retrait immédiat de l'enfant visé par le signalement pour assurer sa sécurité, ainsi que celle de recourir à une évaluation médicale immédiate (E/O) (besoin de soins, soutien de la preuve d'abus, recherche de conséquences moins visibles, mais réelles). Tout en se basant sur le principe qui privilégie le maintien de l'enfant dans le milieu parental et le retrait de la personne maltraitante (ou l'adolescent), l'intervenant évalue la pertinence du retrait de l'enfant selon des facteurs de risque ou de protection qualifiés de *déterminants* quant au risque *immédiat* d'atteinte à l'intégrité physique de l'enfant concerné.

Le risque est considéré :

- ▶ *Nul ou faible*, lorsque le milieu est sécuritaire et qu'aucune intervention n'est requise pour protéger l'enfant. La dynamique familiale et les comportements parentaux sont constructifs et favorables au développement de l'enfant.
- ▶ *Modéré*, lorsque le risque que l'enfant subisse des mauvais traitements est présent, mais qu'il n'y a pas de preuve que celui-ci soit imminent. Bien que des facteurs de risque soient présents, des facteurs de protection permettent d'assurer la sécurité de l'enfant s'il est maintenu dans son milieu. L'intervention de retrait immédiat n'est pas nécessairement justifiée.
- ▶ *Élevé*, lorsque le risque de mauvais traitements entraînant des conséquences sérieuses est actuel ou imminent. Les comportements parentaux sont inadéquats ou les circonstances ne permettent pas de satisfaire aux besoins de l'enfant. Dans un tel contexte, l'enfant ne peut être maintenu dans sa famille.

C'est l'analyse de l'interaction des facteurs entre eux qui permet d'établir le risque réel auquel est exposé l'enfant, puisque :

- ▶ Plusieurs facteurs modérés peuvent avoir un effet cumulatif et entraîner un risque élevé.
- ▶ Un seul facteur de risque élevé peut être suffisamment sérieux pour être déterminant.
- ▶ Un seul facteur de protection peut réduire considérablement le risque réel encouru par l'enfant.

Tableau 3 Facteurs déterminants dans la décision de retrait¹⁹

- ▶ Vulnérabilité de l'enfant :
 - Son âge.
 - Son niveau de développement, selon qu'il correspond ou non à son âge réel.
 - Ses particularités : son tempérament, sa façon générale de se comporter, la présence d'un handicap, d'une déficience intellectuelle ou un problème de santé physique ou mentale, etc.
- ▶ L'importance des séquelles :
 - Type de blessures, leurs emplacements, la fréquence des gestes.
- ▶ Les circonstances dans lesquelles les gestes se sont produits (ne s'applique pas à l'abus sexuel) :
 - Intentionnalité des gestes : contrôle, discipline, correction, impulsion, colère.
- ▶ Caractéristiques des parents :
 - Reconnaissance de la gravité des gestes et motivation à prendre les moyens pour ne pas reproduire la situation.
 - Compétences parentales.
 - État de santé physique et mentale; problèmes personnels aigus.
- ▶ Accès à l'enfant de la personne maltraitante :
 - Facilité d'accès; acceptation de ne pas chercher l'accès.
 - Perception et capacité des autres membres de la famille face au contrôle de l'accès à l'enfant.
- ▶ État général du domicile et de l'environnement immédiat :
 - Désordre, délabrement, dangerosité des lieux, insalubrité, etc.
- ▶ Incidents antérieurs de maltraitance :
 - Répétition de situations antérieures, récentes, etc.
- ▶ Présence d'un état de crise familiale :
 - Récurrence des périodes de crise que traverse la famille.

L'intervenant complète obligatoirement la « *Grille de soutien à la prise de décision de retrait en urgence* » (Annexe 3). L'utilisation de cette grille lui permet d'évaluer dans un premier temps la **gravité des faits** à l'aide de questions-clés. Dans un deuxième temps, les questions lui permettent d'approfondir l'évaluation et de documenter les faits à partir d'indicateurs qui concernent :

- ▶ L'imminence et l'actualité du danger pour la sécurité de l'enfant.
- ▶ Les capacités de l'enfant, sa vulnérabilité.
- ▶ Les capacités et attitudes des parents.
- ▶ La présence de personnes significatives pour l'enfant.

Dans les situations de violence, l'aspect traumatisant de ce qui est vécu et la difficulté des parents d'empêcher la violence augmentent l'importance à accorder à la vulnérabilité de l'enfant et son besoin d'être le plus rapidement possible dans un environnement qu'il vit comme protecteur.

L'intervenant, dans son processus de décision, tient compte de l'impact éventuel de la séparation sur le développement de l'enfant (Cadre de référence en matière de retrait du milieu familial, chapitre 6.2).

L'intervenant, à la lumière des informations qu'il a recueillies, doit d'abord évaluer la possibilité de mettre en place des mesures de protection immédiates dans le milieu et favoriser cette alternative

¹⁹ PNF, Compétences Génériques, Module 100, 2003.

lorsqu'elle est pertinente, quitte à considérer le retrait de la personne abusive suffisamment de temps pour que la protection soit assurée.

Si après avoir considéré les ressources offertes par la famille élargie ou le réseau, l'intervenant conclut à l'impossibilité de mettre en place des mesures pour assurer la protection immédiate de l'enfant, il fait entériner sa décision de retirer l'enfant de son milieu familial par son chef de service ou le cadre en disponibilité. Si le retrait ne peut s'effectuer sur une base volontaire, l'intervenant utilise les mesures légales appropriées. L'intervenant prend les moyens nécessaires pour informer le parent s'il est absent au moment du retrait. Il fait la préparation immédiate au retrait telle que décrite dans le « *Cadre de référence en matière de retrait du milieu familial* » (CJM 2007).

6.2 Le retrait planifié

Le retrait planifié s'effectue à la suite d'une évaluation approfondie des besoins de l'enfant et des capacités parentales. Le retrait planifié est autorisé lorsque la sécurité de l'enfant ou de son milieu ne peut être garantie et/ou que le développement de l'enfant est compromis. Ce sont les mêmes critères que pour la mesure de protection immédiate en ce qui concerne la vulnérabilité de l'enfant et les capacités des parents, avec l'imminence du danger en moins.

Lorsque, à la lumière de l'analyse, l'intervenant constate que le développement de l'enfant est compromis et qu'aucune mesure de protection ne peut être mise en place pour compenser les lacunes du milieu, il recommande un retrait de l'enfant du milieu. La décision peut se prendre à une table d'orientation ou un comité de révision, et le PI doit être adapté en conséquence.

L'intervenant prend les moyens nécessaires pour favoriser l'implication des parents et de l'enfant, et il met en place les activités préparatoires au placement. Afin d'être en mesure d'accompagner cliniquement un enfant et sa famille à la suite du retrait du milieu familial, l'intervenant doit être très au fait du sentiment de perte que la séparation du parent et de l'enfant peut provoquer (voir les diverses phases du deuil chez l'enfant et le parent, « *Cadre de référence en matière de retrait du milieu familial* », chapitre 6.3).

6.3 La gestion des contacts

Lorsque l'on a procédé à un retrait en urgence ou à un retrait planifié, les contacts entre les parents et l'enfant, et le reste de la famille le cas échéant, doivent être gérés de façon à maintenir la protection de son intégrité physique et psychologique. Le tableau qui suit indique les considérations qui doivent être prises en compte pour établir les modalités de contacts entre l'enfant, le parent non violent, le parent présumé abuseur et le reste de la famille.

Les considérations en rapport avec la gestion des contacts tiennent toujours compte des conditions imposées par le tribunal, suite à une accusation au criminel ou suite à une ordonnance de la Chambre de la jeunesse.

Tableau 4 **Gestion des contacts²⁰ : considérations**

Selon le but de l'intervention	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Lorsque le but n'est pas encore précisé ou lorsque la décision doit être entérinée par la Chambre de la jeunesse, les contacts entre l'enfant et le parent seront favorisés, en tenant compte des besoins spécifiques de l'enfant et de son intérêt : <i>demeurer protégé et sans crainte de mauvais traitements.</i> ▶ Lorsque l'enfant est très jeune et qu'un retour auprès des parents est prévu, les contacts seront presque quotidiens, afin de s'assurer que la relation soit maintenue entre les deux, <i>tout en s'assurant qu'il n'y ait aucun risque de mauvais traitements ou d'abus.</i> ▶ Lorsque le but ne prévoit aucun retour de l'enfant dans sa famille, la fréquence des contacts sera maintenue en fonction de la nature de la relation et de l'intérêt de l'enfant. Des visites trop fréquentes pourraient perturber un enfant qui n'a pas de lien affectif significatif avec son parent, ou avec lequel il n'est pas indiqué d'en développer. Des visites peu fréquentes pourraient contribuer à idéaliser le parent et entraver l'adaptation au nouveau milieu. <i>Toujours s'assurer que le risque de mauvais traitements ou d'abus est nul.</i>
Selon l'âge et la vulnérabilité de l'enfant	<ul style="list-style-type: none"> ▶ L'âge de l'enfant implique de tenir compte de sa compréhension de la notion du temps pour fixer une fréquence des visites répondant à ses besoins. ▶ Les situations de violence commandent la primauté de la protection de l'intégrité physique ou psychologique de l'enfant. Certains parents présentent des difficultés telles que l'enfant doit être protégé, puisqu'il ne peut pas parvenir à le faire lui-même. La majorité des enfants de moins de 12 ans n'ont pas développé les mécanismes permettant de se distancer, ou de se protéger de leurs parents abuseurs. Le risque réel que présente le parent pour la sécurité ou l'intégrité psychologique de l'enfant doit toujours être bien évalué. ▶ L'enfant ne doit pas être mis en contact avec des personnes susceptibles d'exercer sur lui des pressions pour influencer sa perception et sa version des événements, le culpabiliser, lui faire porter la responsabilité des désagréments actuels vécus par la famille.
La forme des contacts	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Tout au long du suivi, l'intervenant psychosocial s'assure que le déroulement des visites correspond aux objectifs de l'intervention, en faisant des retours avec l'enfant et le parent. La famille d'accueil ou l'éducateur de la ressource intermédiaire (RI) ou du centre de réadaptation (CR) sont aussi mis à contribution pour connaître les réactions de l'enfant suite aux visites, ou ce qu'il peut en dire par la suite. L'apparition de symptômes du trouble de stress post-traumatique est révélatrice de l'effet sur l'enfant de contacts qui entretiennent la peur et la réminiscence. ▶ Le type de contact à privilégier dépend de la capacité d'assurer la sécurité de l'enfant et de l'état de la relation parent/enfant. <ul style="list-style-type: none"> • Suivi des contacts sans supervision ni assistance. • Contact avec aide à la relation parent/enfant. • Contact supervisé avec aide à la relation.

²⁰ Les phrases en italique identifient ce qui est plus spécifique à la violence familiale en rapport avec le « Cadre de référence en matière de retrait du milieu familial. »

TABLEAU 4 **Gestion des CONTACTS : considérations (suite)**

Durée et fréquence	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Puisqu'il s'agit d'un processus continu, la forme, la durée et la fréquence des visites peuvent aussi être appelées à changer selon l'évolution de la situation et la diminution du risque de subir des pressions psychologiques ou de mauvais traitements. ▶ La durée et la fréquence des visites sont d'abord établies en fonction des besoins et de l'intérêt de l'enfant, compte tenu de la situation qui a suscité la nécessité du retrait, l'âge de l'enfant, l'état psychologique de l'enfant, l'attitude du parent, les désirs de l'enfant. On doit aussi tenir compte des capacités et de l'intérêt du parent par rapport au rythme et à la régularité pour éviter des déceptions à l'enfant.
Préparation et support aux visites	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Les visites, leur but et leur organisation, doivent faire l'objet d'une préparation et d'un retour avec l'enfant, chacun des deux parents et tout autre membre de la famille mis en contact avec l'enfant. Le milieu d'accueil doit aussi être mis à contribution pour pouvoir observer les réactions de l'enfant avant et suite aux contacts et les transmettre à l'intervenant.

En principe, la gestion des contacts suit une évolution vers une diminution des conditions restrictives, que ce soit pendant l'évaluation/orientation ou l'application des mesures. Dans les situations où les contacts devront être gérés durant une longue période (6 à 18 mois ou plus), des considérations guident l'intervenant dans l'organisation des contacts :

- ▶ L'évolution du lien.
- ▶ Les capacités de la personne maltraitante à collaborer.
- ▶ Le sens donné au contact par l'enfant.
- ▶ Une éventuelle réunification de la famille ou non.

Les considérations émises dans le tableau précédent au sujet des contacts entre un adulte maltraitant et un enfant, s'appliquent aussi à la situation d'un adolescent violent ou abuseur sexuel pour la protection des autres membres de sa famille, avec les adaptations nécessaires.

6.4 La réunification

On ne peut clore ce chapitre sans aborder la réunification de l'enfant avec sa famille. Deux situations se présentent lorsque l'enfant est victime : **a)** l'enfant a été retiré de son milieu familial pour assurer sa protection; **b)** l'enfant a été maintenu dans son milieu et la personne qui a commis les abus et les mauvais traitements ne vit plus dans la maison (emprisonnement, séparation temporaire, placement dans le cas d'un adolescent, etc.).

Dans les deux cas, il faut évaluer le risque que l'enfant ne subisse à nouveau des mauvais traitements malgré leur absence apparente. Il est important d'évaluer non seulement la non-récurrence des gestes de violence, mais aussi d'évaluer l'état du climat de violence qui risque de s'être maintenu ou reproduit dans la famille, que la personne maltraitante soit présente ou non.

La réunification s'envisage à partir des considérations suivantes :

Tableau 5**La réunification : considérations**

L'âge, la vulnérabilité et la capacité d'autoprotection de l'enfant	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Plus l'enfant est jeune, moins il a les connaissances requises pour comprendre la nature des gestes, ni ne possède les capacités, la force et les moyens nécessaires pour s'opposer à l'abus de pouvoir. ▶ La nature du lien entre l'agresseur et la victime peut impliquer une supervision jusqu'à un âge avancé (déficience intellectuelle, subjugation, emprise).
Le respect des droits, des désirs et des besoins de l'enfant	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Respecter le refus s'il ne souhaite pas les contacts; comprendre le sens du refus et s'assurer qu'il correspond au besoin de l'enfant et que ce besoin peut évoluer. ▶ S'assurer de sa protection s'il souhaite des contacts. ▶ Lui expliquer le refus si le contact est contre-indiqué, même s'il le désire.
Les capacités du parent non abuseur ou non violent à protéger son enfant	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Son aptitude à protéger l'enfant des différentes formes de mauvais traitements. ▶ Les changements apportés au climat et au fonctionnement de la maison pour empêcher les mauvais traitements. ▶ La négation des mauvais traitements. ▶ L'hostilité à l'égard de l'enfant, la rivalité ressentie par le parent envers l'enfant, etc.
La réaction des autres membres de la fratrie	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Leur réaction face à la victime et face aux conséquences de la situation sur leur vie (séparation, déménagement, etc.). ▶ Leur conflit possible de loyauté entre le parent et la victime.
Le cheminement de la personne maltraitante (incluant l'adolescent violent ou abuseur)	<ul style="list-style-type: none"> ▶ La reconnaissance de sa responsabilité dans les gestes posés. ▶ La reconnaissance de l'impact des gestes posés sur l'enfant. ▶ L'engagement réel et mesurable dans la démarche de changement. ▶ Le pronostic quant à sa capacité d'autocontrôle. ▶ La conscience et la crainte d'être quelqu'un qui risque d'abuser encore, ou d'être encore violent.

Chapitre 7 : Les défis de l'intervention en violence familiale

Le travail avec les familles aux prises avec une problématique de violence familiale représente un ensemble de défis pour l'intervenant et pour le CJM.

7.1 Défis personnels

Le premier défi auquel est confronté l'intervenant qui travaille auprès des individus et familles dans une situation de violence familiale, concerne la *résonance* que lui fait vivre la situation avec laquelle il est en contact, ce qui implique au niveau du « savoir-être » :

- ▶ D'avoir intégré son propre vécu par rapport à la violence.
- ▶ D'avoir une bonne connaissance de ses émotions, de ses sentiments et de ses valeurs personnelles qui conditionnent ses attitudes en regard des familles aux prises avec une problématique de violence.
- ▶ De se sentir suffisamment à l'aise, de ne pas se sentir paralysé par rapport à l'intervention dans un contexte de violence.
- ▶ De se sentir en mesure de soutenir et d'accompagner des personnes souffrantes, physiquement et psychologiquement, suite aux mauvais traitements subis.
- ▶ De se sentir en mesure d'accompagner les personnes violentes dans leur évolution, malgré leur résistance et leurs difficultés relationnelles.
- ▶ De reconnaître qu'on peut se retrouver soi-même en situation d'intimidation, d'être victime de violence.
- ▶ De savoir assurer sa protection physique.
- ▶ De savoir composer avec les différents effets que peuvent avoir sur lui les comportements et attitudes des personnes aux prises avec une problématique de violence.

7.2 Défis professionnels

Un autre défi concerne les *connaissances et habiletés* à acquérir pour œuvrer efficacement auprès de ces familles, donc au niveau du « savoir » et du « savoir-faire ».

- ▶ Savoir reconnaître une problématique de violence dans le fonctionnement d'une famille.
- ▶ Avoir développé les qualités nécessaires à la relation d'aide avec les personnes qui commettent des gestes de violence, autant qu'avec les personnes qui ne savent pas, ou ne peuvent pas protéger leur enfant.
- ▶ Connaître les caractéristiques des personnes violentes et le climat qu'elles installent dans leurs rapports interpersonnels et familiaux.
- ▶ Savoir interagir avec les clients ouvertement hostiles, passifs, contrôlants, ceux qui nient et ceux qui refusent de collaborer à l'intervention auprès de la famille.
- ▶ Savoir comment prendre une position claire face à la violence familiale en la dénonçant et en refusant également toute forme de violence qui porterait atteinte à son intégrité personnelle et professionnelle.

7.3 Défis organisationnels²¹

Le CJM est interpellé par les défis auxquels sont confrontés les intervenants dans leur travail avec les individus et familles qui manifestent des conduites violentes.

AU NIVEAU DU SOUTIEN AUX INTERVENANTS

- ▶ S'assurer que les intervenants, qui sont susceptibles de travailler avec les jeunes et les familles aux prises avec une problématique de violence, acquièrent les connaissances et habiletés nécessaires pour détecter, évaluer et traiter les situations de violence.
- ▶ Permettre aux intervenants de manifester leur intérêt ou leur réticence à œuvrer auprès d'une clientèle victime, exposée ou agissante, aux prises avec des problèmes de violence.
- ▶ Favoriser la co-intervention dans certaines situations plus difficiles.
- ▶ Offrir le support requis pour que les intervenants puissent traiter les effets (peurs, craintes) et affronter les situations (harcèlement, atteinte à la réputation, etc.) qui peuvent résulter de leurs contacts avec ce type de clientèle.

AU NIVEAU DE LA PREVENTION

- ▶ Permettre à l'intervenant qu'il œuvre dans un contexte d'intervention où il se sent en sécurité et dans un environnement physique sécuritaire (bureaux, salles d'attente, etc.).
- ▶ Faire connaître aux intervenants les moyens pour prévenir les situations où ils risquent de subir de la violence de la part des clients :
- ▶ Lors des rencontres aux bureaux de travail.
- ▶ Lors des interventions dans les locaux d'une unité de vie.
- ▶ Lors des rencontres à domicile.
- ▶ Lors des rencontres au tribunal.
- ▶ Élaborer une politique de prévention de la violence.

AU NIVEAU DES SITUATIONS D'AGRESSION

- ▶ Faire connaître aux intervenants les actions immédiates à prendre en cas d'agression ou de menace d'agression pour assurer d'abord leur sécurité.
- ▶ Supporter les intervenants dans les démarches de plainte, qui doivent obligatoirement découler d'une situation d'agression ou de menace à leur intégrité.
- ▶ Faciliter à l'intervenant victime d'un acte violent, un accès rapide au programme d'aide aux employés.

²¹ Section inspirée par le « *Protocole sous-régional d'intervention en situation de violence* », Saint-Hyacinthe, 1993.

Conclusion

Le tronc commun du *Programme d'intervention en violence familiale* fournit aux intervenants une approche et un langage communs pour détecter, évaluer et traiter l'ensemble des situations rencontrées en violence familiale.

Il amène l'intervenant à analyser les situations de violence que vivent les enfants et leur famille à partir d'une vision systémique. L'approche en violence familiale doit traiter la situation en considérant tous les membres de la famille, selon le rôle qu'ils y jouent, l'impact de la situation sur eux, leur contribution à la protection des enfants et à la modification de leur fonctionnement familial. Toutefois, l'intervention demeurera individualisée tant et aussi longtemps que la sécurité de chacun des membres le nécessitera. Au-delà des gestes posés, les familles aux prises avec une problématique de violence ont souvent des caractéristiques communes et d'autres qui leur sont spécifiques.

Les personnes visées ont comme responsabilité de prendre les moyens pour cesser les gestes d'agression. Les parents ont comme responsabilité de protéger les enfants et ont la responsabilité d'établir ou de rétablir un climat sans violence dans leurs interactions.

Les priorités de l'intervention sont de protéger et de traiter, c'est-à-dire rétablir ou développer les compétences des enfants, des parents ainsi que le fonctionnement de la famille sans violence.

Le tronc commun rappelle aussi comment approcher les situations qui nécessitent un retrait du milieu familial, en conformité avec le « *Cadre de référence en matière de retrait du milieu familial* ».

Il souligne aussi l'importance à accorder aux défis auxquels est confronté l'intervenant dans sa pratique auprès des familles qui vivent des situations de violence : défis au niveau de son vécu personnel, au niveau de ses valeurs éducatives, relationnelles, culturelles, voire religieuses; défis au niveau de ses compétences professionnelles. Les intervenants doivent être soutenus par l'organisation au point de vue professionnel, personnel, et parfois même au point de vue judiciaire.

L'intervenant pourra ainsi contribuer plus efficacement à soutenir et aider les jeunes et leur famille aux prises avec des situations de violence.

Annexes

- Annexe 1 : Procédure d'intervention sociojudiciaire (Entente multisectorielle).
Tableau récapitulatif
- Annexe 2 : Principales caractéristiques des personnes contrôlantes et violentes
- Annexe 3 : Grille de soutien à la prise de décision de retrait en urgence

Annexe 1**La procédure d'intervention sociojudiciaire de l'Entente multisectorielle²²**

1 SIGNALEMENT	2 LIAISON ET PLANIFICATION	3 ENQUÊTE ET ÉVALUATION	4 PRISE DE DÉCISION	5 ACTION ET INFORMATION
<p>POLICE</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Recevoir la plainte et la signaler au DPJ. <p>ÉTABLISSEMENT OU ORGANISME LIÉ PAR L'ENTENTE</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Signaler le cas au DPJ. <p>DIRECTEUR DE LA PROTECTION DE LA JEUNESSE</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Recevoir le signalement, décider de le retenir ou non et orienter l'enfant et ses parents vers les ressources appropriées s'il y a lieu. ▶ Informer la police, le SPG et, le cas échéant, l'organisme ou l'établissement en vertu du « <i>Guide relatif à la divulgation de renseignements à la police et aux SPG</i> ». 	<p>A) LIAISON</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ DPJ : constituer l'équipe de base (DPJ, policier, SPG). <p>B) PLANIFICATION</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Dresser l'état de la situation. ▶ Déterminer : Le degré d'urgence de la situation. Les mesures à prendre pour protéger l'enfant. Les mesures à prendre pour protéger les droits des personnes en cause. Les partenaires pouvant être appelés à contribuer et la constitution de l'équipe multisectorielle. L'application de la procédure d'intervention sociojudiciaire. La pertinence de recourir à une évaluation médicale. ▶ Arrêter une stratégie quant au déroulement des actions à venir (qui fait quoi, comment, quand, où). ▶ Arrêter un plan de communication. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Procéder aux enquêtes, aux évaluations et aux inspections requises selon la stratégie arrêtée : Vérification des faits et évaluation des besoins de protection et d'aide de l'enfant (DPJ). Entrevue avec l'enfant par le DPJ ou la police, selon ce qui a été convenu, en privilégiant l'enregistrement magnétoscopique. Enregistrement / transcription de la version du suspect et des autres témoins de la poursuite (police). Collecte des éléments de preuve et préservation de la preuve (policiers). 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Mettre en commun les informations recueillies. ▶ Si les faits allégués sont fondés, choisir les meilleures actions à entreprendre. <p>1) Choix des moyens les plus adéquats : Poursuite criminelle, mesures volontaires ou demande de protection judiciaire en vertu de la LPJ. Sanction d'ordre disciplinaire ou administratif par l'établissement ou l'organisme.</p> <p>2) Aide à l'enfant et à sa famille : Orientation vers une ressource appropriée, s'il y a lieu (LSSS).</p> <p>3) Préparation / mise en œuvre d'une stratégie de communication, le cas échéant.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Appliquer les décisions convenues par les intervenants. ▶ Tenir constamment les partenaires informés du déroulement et du résultat des actions entreprises.
Aide et accompagnement de l'enfant et sa famille DIRECTION DE LA PROTECTION DE LA JEUNESSE, ÉTABLISSEMENT OU RESSOURCE DE LA RÉGION				
Coordination DPJ, À MOINS D'UNE ENTENTE CONTRAIRE			SPG EN CAS DE POURSUITE	

²² Entente multisectorielle, Québec 2001.

Annexe 2**Principales caractéristiques des personnes contrôlantes et violentes²³**

<p>Pense avoir un statut particulier Croit avoir des droits exclusifs. Croit pouvoir retirer et limiter les droits des victimes.</p>
<p>Pense être supérieur aux autres personnes Les autres lui sont inférieurs. On peut en disposer comme des objets jetables.</p>
<p>Exerce un contrôle continu Force les autres à agir selon sa volonté. Prend et maintient le contrôle sur les autres, quels que soient les moyens.</p>
<p>Manifeste un droit de possession de l'autre La victime est dépersonnalisée et dépossédée de son identité propre. Les autres sont à son service.</p>
<p>A une faible tolérance à la frustration Deviens frustrée dès que l'autre ne répond pas à ses besoins et attentes. Refuse d'être contrariée.</p>
<p>A une faible tolérance à la divergence Il n'y a qu'une seule façon de voir les choses, la sienne. La divergence de pensée est menaçante pour son pouvoir exercé sur les autres.</p>
<p>Pense être la victime... l'autre devenant l'agresseur Toute affirmation de l'autre est perçue comme une attaque, une déclaration de guerre. L'autre devient responsable de la violence qu'il subit.</p>
<p>Pense que sa violence est justifiée Présente sa violence comme de la protection. En réalité c'est le maintien de son statut qui est en jeu.</p>
<p>Nie ou minimise sa violence Présente ses gestes comme n'ayant pas de grandes conséquences. Accusera même les autres d'inventer des conséquences et des gestes qui sont faux.</p>
<p>Tient à préserver la bonne image d'elle-même Les distorsions visent à conserver son image. Tient à ce que les autres lui reflètent sa bonne image d'elle-même; forte tendance narcissique.</p>
<p>Manque d'empathie à l'égard des autres Très égocentrique. Les victimes ne méritent pas son attention.</p>
<p>Tente d'obtenir le « consentement » de l'autre Amène à confondre amour et contrôle. Justifie sa jalousie et sa possessivité par ses malheurs passés avec les gens.</p>
<p>Reste dans les limites de ses propres croyances La valeur principale est le contrôle sur autrui, le maintien du pouvoir. Elle ne perd pas le contrôle, présente sa violence comme une perte de contrôle provoquée par l'autre.</p>

²³ D'après Bancroft, 2002.

Annexe 3**Grille de soutien à la prise de décision de retrait en urgence**

Nom de l'usager : _____ Date de naissance : _____

Complété par : _____ Date : _____

La décision de retirer en urgence un enfant du milieu familial repose nécessairement sur **la gravité des faits** et sur **l'interaction** de critères et d'indicateurs.

Les questions suivantes doivent être considérées (en les adaptant à l'âge et à la situation spécifique de chaque enfant) pour alimenter la réflexion sur la pertinence de procéder à un retrait en urgence.

L'addition de réponses en grisé est révélatrice du niveau de gravité de la situation.

1.1 Questions-clés	OUI	NON
Y a-t-il présence d'un danger actuel ou imminent pour la vie, la santé ou l'intégrité physique de l'enfant?		
L'enfant a-t-il besoin de protection dans l'immédiat?		
L'enfant est-il maltraité physiquement, abusé sexuellement ou sévèrement négligé?		
Est-ce que l'état de l'enfant nécessite un retrait d'urgence vers un milieu hospitalier qui devrait apprécier les besoins de soins médicaux?		
L'enfant se met-il en danger ou met-il les autres en danger? ²⁴ Consultation 2 ^e niveau?		
Est-ce que l'enfant propose ou participe à trouver une solution pour éviter son retrait dans l'immédiat?		
Sommes-nous en présence d'un refus catégorique de l'enfant de demeurer dans le milieu familial?		
Est-ce que les parents réalisent la gravité de la situation?		
Est-ce que les parents comprennent ce qui se passe (état de choc émotif, de toxicomanie, état de santé mentale non contrôlé, etc.)?		
Est-ce que les parents proposent ou participent à trouver une solution pour éviter le retrait de l'enfant dans l'immédiat?		
Sommes-nous en présence d'un refus catégorique des parents de maintenir l'enfant dans le milieu familial?		
Est-ce qu'il y a une ressource dans le milieu familial qui peut assurer la sécurité et l'intégrité physique de l'enfant dans l'immédiat afin d'éviter le retrait en urgence?		
✎ S'il y a lieu, peut-on envisager que l'autre parent ou un autre membre de la famille puisse accueillir l'enfant?		
✎ Cette personne est-elle en accord de recevoir l'enfant?		
✎ Cette personne a-t-elle les capacités minimales pour recevoir l'enfant dans son milieu?		
✎ Est-ce que l'enfant est à l'aise avec l'idée d'être confié à son autre parent ou à un autre membre de la famille?		
Est-ce qu'il y a des ressources dans la communauté qui peuvent contribuer dans l'immédiat à éviter le retrait d'urgence?		
✎ Lesquelles?	X	X
Est-ce que des services sont disponibles dans l'immédiat pour éviter le retrait en urgence de l'enfant?		
✎ Lesquels?	X	X
Est-ce que les impacts du retrait d'urgence sont plus graves que les impacts éventuels d'un maintien de l'enfant dans son milieu?		

²⁴ Dans un contexte d'un éventuel retrait en urgence, toute forme d'agir violent de l'adolescent à l'égard d'un membre de la famille qui est d'âge mineur et ce, conformément à l'application de l'Entente multisectorielle, devrait être l'objet d'une plainte policière en vertu de la Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents (LSJPA). Dans une situation où la victime est majeure, celle-ci doit être invitée à faire la divulgation policière. Advenant que l'action judiciaire ne permette pas la mise en place des conditions suffisantes pour atténuer la présence d'une tension extrême entre les parents et l'adolescent, la pertinence d'un retrait en urgence pourrait être considérée comme une avenue de solutions parmi d'autres.

Grille de soutien à la prise de décision de retrait en urgence (suite)

Nom de l'usager : _____ Date de naissance : _____

Complété par : _____ Date : _____

Les critères et indicateurs suivants permettent d'approfondir l'évaluation et de documenter les faits.

1. Présence d'indicateurs de danger	OUI	NON
L'atteinte à la sécurité, à l'intégrité physique et à l'intégrité psychologique de l'enfant, au point de représenter un danger actuel ou imminent pour sa vie ou sa santé.		
Une série d'événements sévères et alarmants.		
L'absence de soins nécessaires dans l'immédiat qui touche l'intégrité physique ou psychologique de l'enfant, à titre d'exemple : il est laissé seul dans la maison ou ailleurs, privé d'eau et de nourriture, sans aucune surveillance, laissé au froid avec des vêtements souillés, etc.		
Un état de santé préoccupant qui met la vie de l'enfant en danger selon l'avis d'un médecin, par exemple : un état d'inertie, de déshydratation, de sous-alimentation, de surconsommation de drogues, d'alcool, etc.		
Le refus de l'enfant de recevoir un traitement médical qui, selon l'avis d'un médecin, compromet sa sécurité dans l'immédiat.		
Des marques évidentes de violence sur le corps telles de multiples ecchymoses, des engelures, des morsures sévères, des brûlures, etc.		
Un dévoilement crédible par l'enfant ou sa famille d'un abus physique ou sexuel ou encore, un abus récent révélé par des indices physiques observables, le tout accompagné de risques sérieux de représailles ou d'un risque probable d'un abus imminent.		
Des agissements suicidaires ou le risque de passage à l'acte suite à un avis médical. Si oui, faire les liens nécessaires avec l'équipe prévention suicide 2e niveau.		
Le risque de fugue avec une probabilité que l'enfant s'expose à des situations dangereuses, par exemple : l'exploitation de l'enfant, l'appartenance à un gang, la prostitution et l'appartenance à un réseau, la consommation abusive ou maintenue de drogues, etc.		
Des agirs délictueux ²⁵ par exemple : des attaques sur la personne, un risque pour la sécurité d'autrui ou le danger d'une manifestation imminente de violence envers ses proches, l'utilisation dangereuse d'une arme à feu, un comportement de pyromanie, etc.		
2. Capacités de l'enfant		
La vulnérabilité de l'enfant : l'âge de l'enfant, son niveau de développement au plan physique, affectif et intellectuel, sa capacité de se protéger face à une situation dangereuse.		
Un enfant limité dans sa capacité à prendre soin de lui (âge ou capacité d'autonomie).		
Un enfant apeuré, soumis, terrifié, qui émet un discours confus et hésitant, dénotant la peur de s'exprimer librement, qui verbalise des peurs, qui refuse d'aller dans sa famille, d'être avec ses parents, qui se cache, etc.		
Un enfant isolé, démuné et sans ressources, qui ne dispose pas d'un réseau social et qui est incapable d'identifier des personnes qui peuvent l'aider en cas de besoin.		
Un enfant incapable d'apprécier une situation de danger à cause d'un retard intellectuel ou de problèmes d'ordre psychiatrique, qui s'attache rapidement à tout le monde, sans distinction, qui donne son accord spontané à n'importe quelle proposition, etc.		
Un enfant agressif, rebelle et destructeur qui a des réactions hostiles, démesurées et disproportionnées, qui s'oppose systématiquement à tout le monde et à toute proposition.		

²⁵ Voir note page précédente.

	OUI	NON
3. Capacités et attitudes des parents		
L'incapacité des parents de protéger leur enfant dans l'immédiat.		
Des attitudes et comportements abusifs à l'égard de l'enfant, par exemple : ils le frappent, le punissent de façon exagérée (évaluer la fréquence et la nature), entretiennent un climat de violence par des menaces permanentes, etc.		
La privation de soins, par exemple : le refus des parents de se conformer à un avis médical qui a un impact immédiat sur la santé de l'enfant.		
Une perte de contrôle qui met l'enfant en danger.		
Un état inquiétant de santé mentale, comme une dépression majeure, du délire et toute forme de désorganisation.		
Un état d'intoxication sévère.		
Des éléments manifestes d'un rejet affectif grave à l'égard de l'enfant, pouvant se traduire par de l'hostilité ouverte, une indifférence marquée, du dénigrement, etc.		
Un refus de se mobiliser : ils refusent toute proposition et ne font pas de suggestions pour changer dans l'immédiat la situation de danger, ils ne prennent aucune initiative, ils ne participent pas à la recherche de solutions.		
La négation de la gravité et des risques que présente la situation, entre autres exemples : la négation de l'abus sexuel ou physique suite à un dévoilement crédible, le refus de soustraire l'enfant à la présence de la personne abusive, la minimisation des comportements dangereux de l'enfant, l'exploitation de l'enfant à des fins mercantiles, etc.		
Une incapacité circonstancielle et subite des parents à remplir leurs rôles parentaux (suite à une hospitalisation d'urgence ou à une incarcération par exemple).		
Les conditions inadéquates du milieu (insalubrité sévère, absence de chauffage, manque d'eau et de nourriture, présence de vermine, milieu physique non sécuritaire, etc.).		
Une manifestation de violence conjugale en présence de l'enfant et pouvant l'exposer à un danger physique ou psychologique.		
Des antécédents de violence à l'égard d'un autre enfant.		
L'incapacité de protéger leur enfant d'un danger actuel ou imminent dans son environnement immédiat.		
L'incapacité manifeste et réelle d'arrêter les agissements dangereux de l'enfant.		
Le refus ferme que l'enfant demeure dans le milieu familial dans l'immédiat.		
L'implication manifeste d'un ou des parents dans un milieu criminogène qui met en danger l'intégrité physique et psychologique de l'enfant.		
4. Présence de ressources significatives pour l'enfant		
L'absence d'une ressource dans le milieu environnant de la famille qui pourrait assurer la protection de l'enfant dans l'immédiat.		
L'absence d'une personne fiable et disponible qui peut assurer dans l'immédiat la sécurité et l'intégrité physique et psychologique de l'enfant.		

Commentaires

DEUXIÈME PARTIE

MODULE I

LES MAUVAIS TRAITEMENTS PSYCHOLOGIQUES

Table des matières

INTRODUCTION	62
CHAPITRE 1 : LA PROBLÉMATIQUE DES MAUVAIS TRAITEMENTS PSYCHOLOGIQUES.....	63
1.1 DÉFINITION	63
1.2 LES FORMES DE MAUVAIS TRAITEMENTS PSYCHOLOGIQUES	64
1.3 PRÉVALENCE DES MAUVAIS TRAITEMENTS PSYCHOLOGIQUES DANS LES SIGNALEMENTS	66
1.4 LES FACTEURS DE RISQUE ET DE PROTECTION	67
1.5 LES EFFETS DES MAUVAIS TRAITEMENTS PSYCHOLOGIQUES	68
1.6 LA DÉTECTION DES MAUVAIS TRAITEMENTS PSYCHOLOGIQUES	69
1.7 PROFILS ET DYNAMIQUES INTERACTIVES DES MAUVAIS TRAITEMENTS PSYCHOLOGIQUES.....	69
CHAPITRE 2 : LES ENFANTS EXPOSÉS À LA VIOLENCE CONJUGALE.....	72
2.1 LA VIOLENCE CONJUGALE : DÉFINITION	72
2.2 LES FORMES DE VIOLENCE CONJUGALE	72
2.3 L'EXPOSITION À LA VIOLENCE CONJUGALE	74
2.4 LA PRÉVALENCE DE L'EXPOSITION À LA VIOLENCE CONJUGALE	75
2.5 LES EFFETS DE L'EXPOSITION À LA VIOLENCE CONJUGALE	76
2.6 LA DÉTECTION DE L'EXPOSITION À LA VIOLENCE CONJUGALE	81
CHAPITRE 3 : LE PROCESSUS D'INTERVENTION CLINIQUE DANS LES SITUATIONS DE MAUVAIS TRAITEMENTS PSYCHOLOGIQUES.....	82
3.1 LA COLLECTE DES DONNÉES (RTS ET E/O)	82
3.2 L'ANALYSE (E/O ET A/M À CHAQUE RÉVISION DU PI OU DE LA SITUATION)	84
3.3 LA PLANIFICATION DE L'INTERVENTION (A/M)	85
CONCLUSION	94
ANNEXE.....	95
ANNEXE 4 : L'ESCALADE ET LE CYCLE DE LA VIOLENCE CONJUGALE	96

Liste des tableaux

TABLEAU 6 :	FACTEURS DE RISQUE DE SUBIR DES MAUVAIS TRAITEMENTS PSYCHOLOGIQUES	67
TABLEAU 7 :	FACTEURS DE PROTECTION ATTÉNUANT LES RISQUES DE SUBIR DES MAUVAIS TRAITEMENTS PSYCHOLOGIQUES.....	68
TABLEAU 8 :	FACTEURS DE RISQUE ET DE PROTECTION ASSOCIÉS AU DÉVELOPPEMENT DES ENFANTS EXPOSÉS À UNE SITUATION D'ADVERSITÉ	77
TABLEAU 9 :	RÉACTIONS POSSIBLES DE L'ENFANT EXPOSÉ À LA VIOLENCE À COURT, MOYEN ET LONG TERME	80
TABLEAU 10 :	CIBLES DE L'INTERVENTION.	86
TABLEAU 11 :	ACTIVITÉS CLINIQUES OFFERTES AU CJM	89
TABLEAU 12 :	ACTIVITÉS CLINIQUES OFFERTES PAR LES ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES COMMUNAUTAIRES	92

Introduction

Les mauvais traitements psychologiques sont de plus en plus reconnus. Plusieurs termes sont utilisés pour désigner ce phénomène. Ainsi, on parle tantôt d'abus émotionnel, de maltraitance émotionnelle, de violence verbale, de négligence affective et même de cruauté mentale, ou même de violence symbolique, dans le sens psychologique du terme.

Les mauvais traitements psychologiques apparaissent souvent en concomitance avec d'autres formes de mauvais traitements, notamment dans les situations d'abus physiques et d'abus sexuels.

Les modifications apportées à la LPJ en 2006 font en sorte que les mauvais traitements psychologiques, incluant l'exposition à la violence conjugale, peuvent faire l'objet d'un signalement et sont donc reconnus comme pouvant avoir des effets tout aussi dommageables que de subir des abus physiques ou sexuels. Les recherches tendent d'ailleurs à le démontrer de plus en plus (Arseneau et al., 2004; Fortin et al., 2005; Lavergne, 2004; Lessard et al., 2003).

Ce module présente la définition des mauvais traitements psychologiques généralement admise dans la littérature récente, ainsi que le libellé de la LPJ modifiée. Les différentes formes, la prévalence, les facteurs de risque et les effets des mauvais traitements psychologiques sont examinés. L'analyse du fonctionnement familial, dans les cas de mauvais traitements psychologiques, sera facilitée par la connaissance de certains profils familiaux et certaines dynamiques interactives de mauvais traitements psychologiques entre parents et enfants.

L'exposition à la violence conjugale est traitée dans un chapitre spécifique pour bien faire état de la complexité du phénomène, et pour mieux outiller les intervenants par rapport aux éléments à observer et aux cibles à identifier pour l'intervention. Finalement, les activités cliniques offertes au CJM et par les établissements et organismes communautaires sont présentées.

Chapitre 1 : La problématique des mauvais traitements psychologiques

1.1 Définition

La définition généralement admise des mauvais traitements psychologiques est :

« Tout acte, commis ou omis, jugé selon les standards de la communauté d'expertises professionnelles comme étant psychologiquement dommageable. Ces actes sont commis individuellement ou collectivement par des personnes dont la position de pouvoir (attribuable à l'âge, au statut, aux connaissances ou à la fonction) rend l'enfant vulnérable. Ces actes peuvent nuire immédiatement ou ultérieurement au fonctionnement comportemental, cognitif, affectif ou physique de l'enfant. » (Hart, Germain et Brassard, 1987, dans Malo et Gagné, 2002).

L'article 38 alinéa c) de la LPJ stipule que la sécurité ou le développement d'un enfant est considéré comme compromis lorsqu'il se retrouve dans une situation de mauvais traitements psychologiques, à savoir :

« ...lorsque l'enfant subit, de façon grave ou continue, des comportements qui lui causent un préjudice de la part de ses parents ou d'une autre personne, et que ses parents ne prennent pas les moyens nécessaires pour mettre fin à la situation. Ces comportements se traduisent notamment par de l'indifférence, du dénigrement, du rejet affectif, de l'isolement, des menaces, de l'exploitation, entre autres si l'enfant est forcé à faire un travail disproportionné par rapport à ses capacités, ou par l'exposition à la violence conjugale ou familiale. »

Les mauvais traitements psychologiques font l'objet d'un **signalement immédiat obligatoire** au DPJ pour tout professionnel qui « par la nature même de sa profession, prodigue des soins ou toute autre forme d'assistance à des enfants... »(LPJ, art. 39) et qui a un motif raisonnable de croire que la sécurité ou le développement d'un enfant est ou peut être considéré comme compromis (incluant un employé d'un établissement, une personne oeuvrant dans un milieu de garde, un policier). Pour toute autre personne, les mauvais traitements psychologiques « peuvent » faire l'objet d'un signalement immédiat à la DPJ.

Les mauvais traitements psychologiques correspondent à des comportements abusifs et aussi à la **négligence affective**²⁶ ou psychologique définie dans la littérature scientifique. Pour conclure à des mauvais traitements psychologiques, il faut *dans un premier temps que ces comportements soient graves ou chroniques*. La gravité ou la chronicité des comportements s'évalue par les caractéristiques des conduites parentales et souvent par la présence d'autres formes de mauvais traitements. *Dans un deuxième temps*, il est nécessaire de démontrer que ces comportements causent ou pourraient **causer un préjudice à l'enfant**, parce qu'ils portent atteinte à son intégrité psychologique.

²⁶ La LPJ modifiée situe maintenant la négligence affective dans les mauvais traitements psychologiques.

1.2 Les formes de mauvais traitements psychologiques

La LPJ répertorie trois grandes catégories de mauvais traitements psychologiques, les actes commis, les omissions, c'est-à-dire la négligence de répondre aux besoins psychologiques de l'enfant, et la violence indirecte telle l'enfant exposé à la violence conjugale (ACJQ, Table des DPJ, 2007). Ces comportements sont similaires à ceux présentés et documentés par Malo et Gagné (2002).

Rappelons que les actes dont il est question concernent aussi les personnes à qui les parents confient la garde de l'enfant.

I. LES ACTES COMMIS

Rejet ou menace de rejet, dénigrement/mépris et rejet affectif grave et continu

Agresser verbalement; rejeter verbalement; dénigrer; déprécier; humilier devant ses pairs ou en public; se montrer hostile; ignorer et refuser volontairement de répondre aux besoins d'aide de l'enfant; traiter de noms dégradants; etc.

Intimidation et menaces sous diverses formes/maintien de l'enfant dans la terreur

Menacer de violence physique sévère; menacer de blesser; menacer de tuer; menacer d'abandonner; menacer de placer; exposer à la violence contre un être aimé, contre un animal aimé; briser des objets par terre en présence de l'enfant; menacer de briser un objet aimé; etc.

Sévérité excessive/isolement délibéré de l'enfant

Empreindre de critiques, de coercition et de relations sans affect les relations quotidiennes et l'encadrement; punir en empêchant de voir l'autre parent; limiter exagérément ses contacts sociaux; interdire de voir ses amis ou de jouer dehors; isoler dans sa chambre ou au coin pour des périodes exagérées; enfermer à clé dans sa chambre; enfermer dans un placard ou une pièce très petite; etc.

Contrôle abusif

Garder le contrôle sur l'enfant par des gestes de manipulation, d'abus de pouvoir; maintenir un univers constant d'interdits et de contraintes.

Exploitation d'un enfant mineur par un adulte

Exposer à des modèles de comportements antisociaux; exposer à de la promiscuité sexuelle; encourager les comportements déviants; considérer l'enfant comme un serviteur; encourager un jeune enfant à avoir un emploi rémunéré inapproprié à son niveau de développement; utiliser le salaire de l'enfant à ses propres fins; présenter en spectacle un déficient intellectuel ou autre; faire mendier; profiter de sa naïveté, de son jeune âge, de ses déficiences, etc.

II. LES ACTES OMIS

Ignorance des besoins affectifs d'un enfant

Manque de sensibilité aux besoins affectifs, cognitifs et sociaux d'un enfant : un manque d'écoute, de considération, de chaleur, d'intérêt, de disponibilité à son égard se traduisant par de l'indifférence et une absence d'investissement dans la relation filiale pouvant aller jusqu'à l'abandon psychologique. Éviter les contacts physiques; refuser les contacts physiques amorcés par l'enfant; éviter de parler avec lui; se montrer non disponible aux besoins exprimés; refuser

de s'intéresser à ses activités; laisser sans surveillance en présence d'un danger; laisser un enfant seul sans contact avec l'adulte, etc.

III. LA VIOLENCE INDIRECTE

Exposition à la violence conjugale et familiale

C'est une des formes les plus fréquentes de mauvais traitements psychologiques. Compte tenu de son importance, elle fait l'objet du chapitre suivant.

Renversement des rôles

Confier des responsabilités disproportionnelles pour son âge; jouer le rôle de soutien et de pourvoyeur à l'égard d'un des parents (enfant parentifié); vivre dans une famille dont les rôles sont ambigus, confus, inversés, mal délimités et assumés.

Subir des conduites aliénantes

Un parent cherche à s'attirer la loyauté des enfants au détriment de l'autre parent ou conjoint, par toutes sortes de manœuvres de dénigrement, de désaveu de l'autre et de recherche d'obtenir la préférence des enfants. Ces conduites entraînent une augmentation du conflit de loyauté et de l'ambivalence des enfants. Les grands-parents peuvent manifester des conduites aliénantes envers l'enfant lorsqu'ils prennent parti ouvertement dans le conflit des parents et poussent l'enfant à prendre parti aussi.

Syndrome de l'aliénation parentale

Il s'agit d'un syndrome sévère, complexe, stigmatisant qui a été développé à partir d'observations cliniques *qui n'ont pas été validées par des recherches scientifiques*. L'aliénation parentale est un processus graduel, constant, consistant de destruction systématique de l'image d'un des deux parents dans une situation de séparation ou de divorce. Elle est vue comme le prolongement chez l'enfant du conflit conjugal. Elle renvoie aux situations où un enfant en vient à rejeter un parent (parent aliéné) sous l'influence de son autre parent (parent aliénant). L'enfant victime soutient le parent aliénant de façon inconditionnelle dans le conflit conjugal et manifeste ouvertement son hostilité et son rejet du parent aliéné à l'aide des thèmes et souvent des expressions du parent aliénant. L'enfant victime affiche de façon chronique une absence d'ambivalence envers le parent rejeté considéré comme complètement mauvais, par opposition à l'autre parent considéré comme complètement bon. Il fait sienne sa décision de rejeter le parent aliéné et nie toute influence du parent préféré. Son animosité et son rejet peuvent s'étendre à la famille et au réseau social du parent visé. L'enfant aliéné est un enfant « programmé », victime d'une violence psychologique qui s'apparente à un lavage de cerveau (Fortin et al., texte inédit).

Il s'agit d'un désordre causé par une combinaison de trois (3) facteurs. Ils doivent donc être tous présents avant même que l'on pense à parler d'aliénation parentale. Il s'agit :

- 1) Un parent aliénant qui par de multiples propos « **conditionne** » ou « **programme** » son enfant contre l'autre parent.
- 2) Un enfant victime qui par suite de contamination finit par **participer activement** à la campagne de dénigrement en élaborant même ses propres scénarios.
- 3) Un parent aliéné **doublément rejeté** par l'enfant et l'autre parent sans que ses comportements ne justifient en apparence cette campagne de dénigrement.

1.3 Prévalence des mauvais traitements psychologiques dans les signalements

Au Canada, 19 % des signalements concernent des mauvais traitements psychologiques (3,9 enfants sur 1000); dont environ 83 % sont retenus et corroborés (environ 3,2 sur 1000). Dans 8 % des signalements, les mauvais traitements psychologiques étaient combinés à de la négligence et dans 7 % des cas à de la violence physique.

Au Québec, on estime que le taux de signalements pour mauvais traitements psychologiques est d'environ 4,5 enfants sur 1000, dont la moitié est retenue aux fins d'évaluations.

Rappelons que l'étude sur « *La violence familiale dans la vie des enfants du Québec* » (Clément et al., ISQ, 2004) nous indique qu'en 2004, 80 % des enfants ont vécu au moins un épisode annuel d'agression psychologique, comme crier ou hurler après l'enfant, le traiter de stupide, de paresseux ou d'autres noms de ce genre, ou menacer de lui donner la fessée sans le faire; 52 % ont subi trois épisodes annuels. La violence physique mineure est associée à l'agression psychologique dans 59 % des cas et la violence physique sévère dans environ 10 % des cas. De plus, lorsque les conduites de violence conjugale augmentent, les agressions psychologiques envers les enfants augmentent aussi.

Un recensement de la clientèle du CJM en octobre 2000 (Belpaire et al., 2001) lors de l'évaluation de la pratique en violence familiale indiquait que : **a)** il y a présence de violence psychologique dans 22 % des dossiers; **b)** les enfants sont témoins (exposés) à la violence familiale sous toutes ses formes dans 27 % des cas.

1.4 Les facteurs de risque et de protection

Certaines situations familiales présentent des caractéristiques qui augmentent le risque pour les enfants de subir des mauvais traitements psychologiques.

L'étude de 2004 sur « *La violence familiale dans la vie des enfants du Québec* » et l'étude d'incidence canadienne des signalements, mentionnées plus haut, ainsi que les travaux de Malo et Gagné (2002) nous renseignent sur les facteurs de risque et de protection²⁷ qui sont associés à l'occurrence d'agression psychologique, expression qui correspond à celle des mauvais traitements psychologiques.

Tableau 6 Facteurs de risque de subir des mauvais traitements psychologiques

<p>Reliés aux enfants</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Être un garçon. ▶ Être âgé entre 7 et 10 ans.
<p>Reliés aux parents</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Avoir subi de la violence psychologique et physique dans son enfance. ▶ Être un parent qui vit beaucoup de stress engendré par le comportement des enfants. ▶ Croire que ce sont les comportements de l'enfant qui provoquent la violence du parent. ▶ Être un parent favorable à la punition corporelle (concomitante à l'agression psychologique). ▶ Avoir été témoin ou exposé à la violence conjugale dans son enfance. ▶ Avoir des antécédents d'abus de substances. ▶ Être plus insatisfait de sa vie sociale. ▶ Être une mère séparée, divorcée ou célibataire (isolée). ▶ Être un père qui vit une relation conjugale tendue, difficile ou hostile.
<p>Reliés à la famille</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Être une famille de 3 enfants ou plus. ▶ Être un ménage à revenu moyen ou élevé. ▶ Présence de violence conjugale.

²⁷ Définition dans les « *Définitions* » au début du programme.

Tableau 7 Facteurs de protection atténuant les risques de subir des mauvais traitements psychologiques

- ▶ La sensibilité des mères (plus que des pères) aux conséquences négatives sur les enfants des mauvais traitements psychologiques répétés.

Chez l'enfant :

- ▶ La réussite scolaire.
- ▶ La réussite et la réalisation de soi dans des activités sportives, sociales, artistiques ou autres.
- ▶ Un réseau social d'amis et d'adultes dans l'entourage.
- ▶ La présence de modèles adultes adéquats avec lesquels il a une relation significative.
- ▶ Une relation positive avec sa fratrie.
- ▶ Savoir utiliser des stratégies qui favorisent son adaptation à l'adversité (demande d'aide, recherche de réconfort, dévoilement à des personnes de confiance, etc.).

1.5 Les effets des mauvais traitements psychologiques

Compte tenu de la cooccurrence fréquente de divers mauvais traitements, les effets mentionnés (Latimer, 1998) dans la première partie du programme (le tronc commun), s'appliquent aux mauvais traitements psychologiques, en particulier les effets sur le développement affectif et cognitif, le développement de la personnalité, les relations interpersonnelles, l'estime et la perception de soi et des autres.

De façon générale, plus les épisodes de mauvais traitements sont **intenses, fréquents et répétitifs** (du même type), plus leurs effets sont dévastateurs.

Les enfants ayant subi ou subissant des mauvais traitements psychologiques ne présentent pas tous les effets rapportés. Certains ont développé une capacité de résilience²⁸ qui leur permet de poursuivre leur développement en dépit d'expériences traumatiques importantes. Cependant, ces enfants ne sont pas à l'abri de tout, puisque les conséquences des mauvais traitements psychologiques peuvent émerger « à retardement » à un stade ultérieur de développement.

²⁸ Notion définie et décrite dans les « Définitions » au début du programme.

1.6 La détection des mauvais traitements psychologiques

La connaissance des **facteurs de risque** permet à l'intervenant d'être à l'affût des situations et caractéristiques qui augmentent l'occurrence éventuelle des mauvais traitements psychologiques.

La détection des mauvais traitements psychologiques se fait par l'observation et le repérage lors des contacts avec l'enfant et sa famille :

▶ DES ACTES PARENTAUX SUSCEPTIBLES D'ÊTRE PSYCHOLOGIQUEMENT MALTRAITANTS

- Le mépris.
- Le maintien dans la terreur.
- L'isolement.
- L'exploitation.
- L'ignorance des besoins affectifs.
- La négligence des besoins de traitement.
- Les conduites parentales aliénantes.

La fréquence, l'intensité et la concomitance avec d'autres mauvais traitements permettent d'en estimer la gravité.

▶ DES PERTURBATIONS DANS LE FONCTIONNEMENT DE L'ENFANT

- Des retards ou délais dans le développement affectif, cognitif ou social, ou de la précocité inhabituelle (dans les performances sportives, artistiques ou intellectuelles).
- Des symptômes intériorisés (faible estime de soi, dépression, détresse, retrait social, pessimisme, désespoir, propos suicidaires, etc.).
- Des symptômes extériorisés (agressivité, violence envers les pairs ou les adultes, réactivité, fugues, consommation abusive, opposition, révolte).
- Des troubles psychosomatiques ou alimentaires.
- La présence d'autres mauvais traitements, soit l'exposition à la violence conjugale, les abus physiques ou les abus sexuels, souvent concomitants avec les mauvais traitements psychologiques.

Tous les intervenants qui entrent en contact avec l'enfant et ses parents doivent connaître ces indicateurs pour être en mesure de les repérer lorsqu'ils apparaissent, lors des rencontres et entrevues avec l'enfant et ses parents, que ce soit à l'école, au CPE, à l'hôpital, au CSSS, en famille d'accueil, en ressource intermédiaire ou ailleurs.

1.7 Profils et dynamiques interactives des mauvais traitements psychologiques

Pour faciliter la détection et l'identification des mauvais traitements psychologiques, des profils typiques et des patrons de dynamiques interactives ont été observés et documentés.

PROFILS FAMILIAUX

Malo et Gagné (2002) ont dégagé des profils familiaux propices à l'émergence des mauvais traitements psychologiques envers les enfants :

<p>1) <i>Le vilain petit canard</i></p>	<p>En général, dans ces familles, un seul enfant risque d'être la cible de maltraitance psychologique. Les parents et la fratrie sont complices contre cet enfant bouc émissaire, qui se retrouve exclu des activités familiales. Souvent, cet enfant possède des caractéristiques peu enviables (manque d'attrait physique, lenteur intellectuelle, handicap, etc.) ou est non désiré (enfant d'un ex-conjoint envers qui on éprouve du ressentiment, enfant dont la paternité est incertaine, etc.).</p>
<p>2) <i>Le roi et son royaume</i></p>	<p>La dynamique familiale s'articule autour d'une figure paternelle dominatrice et contrôlante, qui s'impatiente vite et exprime facilement sa frustration. Cet homme refuse qu'on lui tienne tête et réagit par la répression et la violence. La conjointe a le rôle de préserver la paix familiale en tentant d'éviter les contrariétés au père. À force de tout prendre sur elle, il lui arrive d'être accablée de stress et de fatigue, surtout en présence de violence conjugale. Aussi, les enfants risquent de subir des mauvais traitements, tant physiques que psychologiques, de la part des deux parents.</p>
<p>3) <i>La mère supérieure</i></p>	<p>Cette fois, la dynamique familiale s'articule autour d'une figure maternelle rigide et autoritaire, ne tolérant pas d'ingérence et ne concevant qu'une bonne façon d'éduquer les enfants, la sienne. Cette mère investit dans ses enfants jusqu'à en devenir étouffante et, pour maintenir son emprise, peut recourir à des moyens détournés (manipulation, chantage, stratégies culpabilisantes, etc.). Quand il est présent, le conjoint garde un rôle effacé et s'avère peu soutenant pour les enfants.</p>
<p>4) <i>Le parent brisé</i></p>	<p>L'enfant est aux prises avec un ou des parents peu compétents, qui le soumettent à un régime de vie chaotique et malsain. Le parent brisé cumule les problèmes psychosociaux et traîne une histoire de vie pénible. Affichant souvent des traits marginaux, voire antisociaux, il est souvent incapable de garder son emploi et change fréquemment de partenaire.</p>
<p>5) <i>Les feux croisés</i></p>	<p>Dans ces familles, on note un degré élevé de conflits entre les parents qui sont généralement séparés ou en instance de l'être. Ces parents utilisent les enfants comme des armes pour atteindre l'autre, ou en font les confidentes de leur ressentiment. Non identifié dans l'étude initiale, ce profil fut ajouté après avoir été reconnu dans les charges de cas des intervenants participant au développement de l'outil. Il illustre bien l'apport de l'expertise pratique en recherche, même si des études sont encore nécessaires pour en appuyer la pertinence et la validité.</p>

DYNAMIQUES INTERACTIVES

Les auteures ont aussi identifié des séquences d'interaction typiques d'un parent avec son enfant, en situation disciplinaire; plus spécifiquement, quatre dynamiques interactives comportant un degré variable de risque :

1) <i>Le Parent exemplaire et l'enfant affirmatif (risque faible)</i>	Dans ce type de dynamique, les conflits typiques se résorbent, car les deux membres de la dyade arrivent à se calmer. De plus, c'est le parent qui le premier commence à retrouver son calme, le plus souvent en amorçant de lui-même une stratégie de coping (sortir prendre l'air, appeler une amie, s'enfermer seul quelques instants ou éloigner l'enfant).
2) <i>Le parent autoritaire et l'enfant affirmatif (risque modéré)</i>	Ici, les conflits typiques finissent également par se résoudre, les deux membres de la dyade réussissant à se calmer. Néanmoins, contrairement au modèle précédent, l'enfant commence à se calmer le premier, en général suite à un comportement très autoritaire de son parent (cris, tape sur les fesses, etc.).
3) <i>Le parent impuissant et l'enfant terrible (risque élevé)</i>	Cette fois, les conflits typiques entre le parent et l'enfant n'ont pas tendance à se résoudre, l'enfant restant incapable de retrouver son calme malgré les tentatives variées du parent. Pour calmer son enfant, celui-ci utilise tour à tour des comportements adaptés (affection, distraction, renforcement positif, etc.) et non adaptés (humiliations, injures, menaces, etc.). Devant le caractère vain de ses efforts, le parent finit généralement par démontrer son impuissance (par exemple, pleurer) ou par céder à l'enfant.
4) <i>Le parent dégoupillé et l'enfant yo-yo (risque élevé aux plans physiques et psychologiques)</i>	Les conflits typiques entre le parent et l'enfant n'ont pas tendance à se résorber, le parent n'arrivant plus à retrouver son calme, quelles que soient les réponses de l'enfant. L'enfant a alors tendance à alterner entre des augmentations de l'intensité de sa crise et des réactions d'apaisement. De son côté, le parent dégoupillé ne semble plus avoir conscience de l'interaction réelle et des tentatives d'apaisement de son enfant, et peut utiliser des comportements extrêmes (enfermer l'enfant, le mordre, etc.).

Ces profils familiaux typiques et ces dynamiques interactives font partie d'un « *Guide de soutien à l'évaluation des mauvais traitements psychologiques envers les enfants* » (2002). Les profils et les dynamiques interactives y sont décrits, illustrés et discriminés à l'aide d'un arbre de décision. Le guide offre aussi une série d'annexes : **1)** des questions d'entrevues à utiliser au besoin pour documenter l'évaluation; **2)** une fiche de suivi à joindre au dossier; **3)** des illustrations de profils familiaux et de dynamiques interactives; **4)** des exemples d'actes parentaux reconnus comme faisant partie des mauvais traitements psychologiques; **5)** une liste de critères à considérer pour évaluer la gravité des situations lorsqu'un risque est reconnu; ainsi que **6)** des pistes de réflexion pour l'intervention propre à chaque profil et dynamique à risque.

Chapitre 2 : Les enfants exposés à la violence conjugale

2.1 La violence conjugale : définition

La violence conjugale

« ... se caractérise par une série d'actes répétitifs, qui se produisent généralement selon une courbe ascendante. Les spécialistes appellent cette progression « escalade de la violence ». Elle procède, chez l'agresseur²⁹, selon un cycle défini par des phases marquées par la montée de la tension, l'agression (pour prendre le contrôle de la partenaire), suivie par la déresponsabilisation et enfin, la rémission/réconciliation (pour s'assurer que la partenaire ne le quitte pas). À ces phases correspondent chez la victime la peur, la colère, le sentiment qu'elle est responsable de la violence et enfin, l'espoir que la situation va s'améliorer. Toutes les phases ne sont pas toujours présentes et ne se succèdent pas toujours dans cet ordre. » (Québec, 1995)

La violence conjugale vs le conflit conjugal

La violence conjugale établit et cherche à maintenir un rapport de **pouvoir** et recèle une **intention** de domination sur le partenaire. C'est l'état de la relation qui est l'enjeu et le sujet est au centre de la situation. Il y a des **moyens choisis** pour obtenir ce pouvoir. Il y a **persistance** de cette stratégie dans le temps, qu'il y ait litige ou non entre les partenaires. Et la violence conjugale a un **impact** sur l'intégrité physique et psychologique de la personne qui la subit.

Le conflit conjugal ou la chicane de ménage concerne un **sujet de tension** et une divergence entre les partenaires. Le gain recherché vise la **solution à la situation** et non l'état de la relation. Le conflit ne persiste pas une fois que la situation est changée et l'impact n'est pas le même que la menace et la peur engendrées par la violence.

2.2 Les formes de violence conjugale

En général, en contexte de violence conjugale, les formes de violence sont les mêmes que celles qui ont été exposées dans la première partie du programme. Nous les décrivons ici selon la manière dont elles sont exercées dans ce contexte de domination et de contrôle entre deux conjoints (Camaïeu de nos milieux, FQRHFVDO, 2002).

LA VIOLENCE VERBALE

Elle se manifeste surtout par des insultes, du chantage, des menaces, des interdictions, des ordres, de l'intimidation, des railleries, des critiques, des propos humiliants, des sarcasmes. Elle se manifeste également par un langage grossier et injuriant, par le fait de crier, hurler, d'élever ou baisser la voix pour impressionner, intimider en créant un climat de tension, de peur et d'insécurité.

²⁹ Le masculin utilisé reflète la réalité courante, sans toutefois exclure la relation inverse.

LA VIOLENCE PSYCHOLOGIQUE

Elle consiste à rabaisser l'autre conjoint dans sa valeur, à le dévaloriser dans son intégrité. Elle se manifeste par des attitudes, des regards et comportements comme faire peur, déprécier, abaisser, dévaloriser, humilier, intimider, dédaigner, tenir des propos méprisants, dénigrer les capacités, faire subir de l'indifférence, bouder, le tout dans le but de maintenir le pouvoir sur l'autre.

La violence psychologique sur l'autre conjoint s'illustre bien dans les exemples suivants :

- ▶ Menaces de suicide, menaces dirigées : menaces de détruire ses biens ou de faire du mal à ses animaux préférés, menaces d'enlever les enfants.
- ▶ Actes visant à terroriser : par exemple, conduire l'auto à une vitesse excessive ou brûler des feux rouges, jouer avec un couteau en sa présence, lui nouer une corde autour du cou.
- ▶ Attaques verbales au sujet de ses capacités intellectuelles, de ses croyances ou de ses attitudes, critiques sur sa façon de cuisiner ou d'éduquer les enfants.
- ▶ Contrôle de ses activités en l'obligeant, par exemple, à changer ses habitudes, en forçant la femme à avoir des enfants quand elle n'en veut pas, ou l'inverse, en l'isolant de sa famille ou de ses amis.
- ▶ Obligation de se livrer à des actes considérés dégradants, comme se promener à quatre pattes autour de la table de cuisine.
- ▶ Destruction du système culturel ou religieux de l'autre en l'abaissant ou se moquant de ses croyances, en l'empêchant de pratiquer la religion de son choix ou en le forçant à adhérer à des pratiques religieuses qui ne sont pas les siennes.
- ▶ Cette violence revêt un caractère public et social lorsqu'elle cherche à porter préjudice à l'image sociale de l'autre ou à l'humilier devant les gens.

LA VIOLENCE ECONOMIQUE

Elle consiste, entre autres, à contrôler les dépenses du ménage et même le salaire de l'autre. Elle se manifeste aussi en empêchant l'autre d'exercer un emploi. Elle peut aussi se manifester par le fait de limiter à l'extrême les dépenses pour l'alimentation et les vêtements pour les membres de la famille tout en se constituant une épargne considérable. Il peut s'agir aussi de pressions pour endosser son nom pour un achat risqué, pouvant conduire à la faillite. Il peut s'agir aussi de restrictions inappropriées de ressources matérielles pour subvenir à ses besoins et ceux des enfants.

LA VIOLENCE PHYSIQUE

Elle atteint l'intégrité physique de l'autre conjoint. Elle laisse des traces, des marques et peut aller jusqu'au meurtre. Elle se manifeste en poussant, en secouant, en serrant les bras, en tirant les cheveux, en mordant, en crachant sur l'autre. Elle peut aussi se manifester par le fait de lancer un objet, de brûler une partie du corps ou de frapper avec un objet. Il y a parfois gradation dans l'expression et la gravité de la violence; elle peut entraîner des lésions, des fractures, des mutilations ou la mort.

LA VIOLENCE SEXUELLE

C'est la forme la plus secrète; elle est taboue et suscite des sentiments de honte chez les conjoints qui la subissent. Il y a violence sexuelle quand un conjoint impose son désir sexuel à l'autre, quelle qu'en soit la forme; toute activité sexuelle forcée ou acte sexuel que l'autre considère comme répugnant ou douloureux; forcer une relation sexuelle après un épisode de violence; elle peut prendre une connotation psychologique par des plaisanteries sexuelles avilissantes, d'insultes par rapport à la sexualité de l'autre, de jalousie, d'accusations d'ordre sexuel.

La dynamique interactive fréquemment rencontrée dans la violence conjugale est celle de l'homme qui établit et maintient la domination et le contrôle sur la femme, par les différentes formes présentées plus haut. Il ne faut pas ignorer que la situation inverse existe aussi.

On rencontre aussi des situations où la violence conjugale est agie selon un mode d'escalade symétrique entre les conjoints. La violence retombe après chaque épisode et recommence lorsqu'un état de tension renaît entre les deux. L'exposition à ce type d'interaction peut avoir un impact important dans les apprentissages que les enfants font des relations interpersonnelles.

2.3 L'exposition à la violence conjugale

La notion d'*exposition* est utilisée pour marquer que l'enfant est atteint directement par la situation. Il remplace le terme *témoin* qui induit moins l'effet potentiellement nocif de la situation.

La notion d'*exposition à la violence conjugale* recouvre plusieurs réalités. Dans la définition ci-dessous, l'expression « envers la mère » peut être remplacée quelquefois par « envers le père ».

« D'abord, l'enfant peut être témoin oculaire de la violence exercée envers sa mère. Deuxièmement, l'enfant peut entendre des paroles ou des gestes violents alors qu'il se trouve dans une pièce voisine. Troisièmement, il peut devoir vivre avec les conséquences de la violence, sans qu'il ait vu ou entendu la scène de violence, par exemple lorsqu'il constate que sa mère est blessée, qu'elle pleure, qu'elle lui raconte ce qui est arrivé et dit vouloir quitter la maison, ou encore par une visite des policiers. » (Lessard et al., 2003).

La LPJ, modifiée par la Loi 125, maintient et affirme que l'exposition à la violence conjugale est un motif de **signalement obligatoire sans délai** pour tout professionnel dans l'exercice de ses fonctions auprès des enfants.

L'EXPERIENCE DE L'EXPOSITION A LA VIOLENCE CONJUGALE

L'exposition à la violence conjugale est une expérience complexe à vivre pour les enfants qui la subissent. On peut regrouper le vécu des enfants autour de quatre caractéristiques (Peled, 1997, cité par Lessard et al., 2003) :

Les enfants vivent avec le secret

Dans beaucoup de situations de violence conjugale, la loi du silence est de rigueur pour les enfants. Émotionnellement, le secret réitère le caractère d'irréalité de la violence et entrave la capacité des enfants à faire face à la crise et au danger imminent qui lui est associé. Les enfants finissent par croire qu'il est risqué de faire face à la réalité en admettant l'existence de la violence. Ils préfèrent se fermer les yeux, plutôt que d'ébranler les fondations familiales et se sentir coupables par la suite. Parce que le secret est prescrit aussi bien à l'intérieur qu'à l'extérieur de la famille, les enfants qui veulent se débarrasser de leurs « mauvais sentiments » et de leurs contradictions face à une situation qui « semble être » de la violence, doivent le faire seuls.

Les enfants vivent des conflits de loyauté

Les enfants savent que la violence est présente dans leur famille, mais ils sont incapables de prendre position clairement. Ils peuvent être empathiques à la douleur et à la souffrance de leur parent victime et éprouver de la colère à l'égard de leur parent agresseur à cause de sa cruauté et de sa brutalité. D'un autre côté, ils peuvent avoir du mépris pour leur parent victime en raison de sa faiblesse et être tentés de s'associer au parent agresseur, la personne qui semble avoir le pouvoir et le contrôle dans la famille. Ils peuvent percevoir les efforts de leur parent victime pour mettre fin à la violence comme étant la cause de la séparation de la famille et prendre le parti du parent agresseur parce qu'il doit quitter la famille, vivre seul et peut-être même aller en prison. Il y a aussi des enfants qui se mettent entre les parents lors des disputes. La plupart des enfants ne peuvent supporter longtemps de telles émotions contradictoires et vont tenter de résoudre leur conflit intérieur en prenant le parti de l'un ou l'autre des parents, une situation fort aliénante.

Les enfants vivent dans la crainte et la terreur

La violence actuelle et potentielle crée un environnement dans lequel l'imminence de la violence et de la terreur subséquente fait partie de la réalité quotidienne. Aux yeux des enfants, la famille est divisée entre l'agresseur puissant et brutal, et la victime souffrante et sans aide. Leur compréhension de la situation peut amener les enfants à croire que le monde est dangereux et qu'ils doivent s'attendre à être terrorisés. Il y a émergence d'un sentiment d'impuissance et de dépression associé à l'introversion, au manque de confiance et à l'hypervigilance, symptôme d'un trouble de stress post-traumatique (TSPT)³⁰. Des enfants peuvent refuser d'aller à l'école par crainte de ce qui pourrait se passer en leur absence.

Les enfants vivent dans un contexte de domination et d'agressivité

Les enfants réalisent que lorsque les conflits entre leurs parents sont résolus par la violence, il y a un gagnant et un perdant. Les sentiments de colère et de rage dominent leur monde émotionnel. Ils sont à risque de devenir eux-mêmes des abuseurs ou des victimes de violence dans leurs relations adultes. Ils peuvent en arriver à légitimer la résolution des conflits par la violence, et considérer que cette violence fait partie de leur quotidien et qu'ils doivent composer avec elle. C'est une sorte d'apprentissage social de la violence dans les relations interpersonnelles. Sans oublier qu'ils peuvent eux-mêmes subir en même temps des abus physiques et d'autres mauvais traitements psychologiques.

³⁰ Définition et description dans le tronc commun, encart page 17.

2.4 La prévalence de l'exposition à la violence conjugale

Dans les études sur l'exposition à la violence conjugale, les données diffèrent selon la façon dont la violence conjugale est définie et selon le type d'échantillon retenu. L'exposition des enfants n'est pas toujours documentée dans les enquêtes policières et dans les entrevues réalisées lors d'études de prévalence (Lessard et al., 2003).

Au Canada, entre 11 et 23 % de tous les enfants sont exposés à la violence conjugale, soit environ de 2 à 6 enfants dans une classe de 20 à 25 enfants.

L'étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants (ECI, Trocmé et al., 2001) révèle que l'enfant est exposé à la violence conjugale dans 58 % des cas retenus pour violence psychologique par les services de protection de l'enfance.

L'étude d'incidence québécoise (EIQ, Tourigny et al., 2002) révèle que dans les cas de signalements retenus pour mauvais traitements psychologiques, 46 % se caractérisaient par l'exposition à la violence conjugale.

2.5 Les effets de l'exposition à la violence conjugale

Les enfants ne réagissent pas tous de la même façon à l'exposition à la violence conjugale, de même qu'aux autres situations de violence familiale présentées dans le programme. Certaines caractéristiques de l'enfant, des parents et de leur environnement social, augmentent le risque que le développement soit affecté de façon importante par l'exposition à la violence conjugale. Certaines situations présentent aussi des caractéristiques qui modifient ou améliorent la réponse de l'enfant dans ces situations difficiles. Voir le tableau 8, page suivante, tiré de Lessard et al., 2003.

Tableau 8 Facteurs de risque et de protection associés au développement des enfants exposés à une situation d'adversité

Catégories de facteurs	Facteurs de risque	Facteurs de protection
Caractéristiques reliées à l'enfant	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Tempérament difficile (par exemple : enfant solitaire, jaloux, rancunier, trop dépendant des adultes, anxieux, etc.). ▶ Complications périnatales, institutionnalisation prolongée, retards de développement ou maladies chroniques. ▶ Problèmes de communication ou faibles habiletés sociales et intellectuelles. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Force de caractère ou tempérament facile (style cognitif réfléchi et non impulsif, humeur positive, flexibilité). ▶ Autonomie (estime de soi, confiance en soi, maîtrise de soi, sentiment de pouvoir exercer un certain contrôle sur sa vie). ▶ Maturité supérieure à son âge. Âge et niveau de développement au début de la violence (souvenir d'une époque sans violence). ▶ Capacité de prendre ses distances avec ses émotions, ses pensées et ses actions dans des situations difficiles, de ne pas intervenir dans la violence conjugale. Capacité de gérer le stress, de réagir rapidement aux événements menaçants, de s'adapter aux changements et d'aller chercher du soutien. ▶ Optimisme, espoir dans l'avenir. ▶ Compétence sociale (altruisme, empathie, habiletés de communication et de résolution de problèmes, sens de l'humour, participation à des activités). ▶ Compétence cognitive et réussite scolaire. ▶ Identification à l'agresseur seulement dans ses aspects positifs.

Tableau 8 Facteurs de risque et de protection associés au développement des enfants exposés à une situation d'adversité (suite)

Catégories de facteurs	Facteurs de risque	Facteurs de protection
Caractéristiques reliées à la famille	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Statut socio-économique précaire et faible scolarité des parents. ▶ Présence de plusieurs évènements stressants ou ruptures dans la vie de l'enfant (déménagements, changement d'école, d'amis, de situation financière). ▶ Fréquence et intensité de la violence que l'enfant a subie ou à laquelle il a été exposé. ▶ Conflits entre parents (à propos des enfants) ou conflits avec la fratrie. ▶ Négligence/mauvais traitements envers l'enfant. ▶ Trouble de santé mentale de la mère. ▶ Criminalité et toxicomanie du ou des parents. ▶ Histoire de maltraitance d'un des parents. ▶ Stress maternel, hostilité ou conflits avec l'enfant qui amènent des problèmes de discipline et de la violence envers l'enfant. ▶ Problème d'attachement parent/enfant. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Monoparentalité (cela peut protéger les enfants de la violence conjugale antérieure). ▶ Bonne adaptation du parent gardien de l'enfant. ▶ Bonne supervision parentale, discipline équilibrée et présence de règles claires. ▶ Conscience chez le parent de la souffrance que vit l'enfant. ▶ Capacité du parent d'offrir à l'enfant compréhension, affection, soutien et soins appropriés. ▶ Stratégies positives de résolution de conflits entre certains membres de la famille. ▶ Bonne communication, chaleur et interactions positives dans la famille. ▶ Degré d'intimité entre les membres de la famille qui respecte l'autonomie individuelle.
Caractéristiques reliées à leur environnement	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Faible réseau de soutien social. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Plusieurs ressources et opportunités dans la communauté. ▶ Bon réseau social de soutien. ▶ Relations émotionnelles significatives avec au moins un adulte en dehors de la famille (besoin d'aimer et d'être aimé). ▶ Sentiment d'identification de l'enfant à la communauté et participation à des activités communautaires, de loisirs.

Les effets de l'exposition à la violence conjugale sur le développement des enfants et adolescents se situent sur divers plans.

AU PLAN DE LA SANTE PHYSIQUE ET MENTALE

Les enfants, particulièrement les jeunes de moins de 12 ans (Lessard et al., 2003), réagissent de façon physique à l'exposition à la violence. C'est parfois leur seul mode d'expression de la détresse et de la crainte.

L'instabilité émotionnelle reflète aussi leur état de stress et l'anxiété vécue, parfois le « Trouble de Stress Post-Traumatique » (TSPT)³¹.

La honte et l'impuissance sont des émotions fréquemment ressenties par les enfants d'âge scolaire et les adolescents, ce qui les éloigne des autres.

AU PLAN DU FONCTIONNEMENT SOCIAL

Les compétences sociales sont moins développées. La capacité d'empathie est plus faible. Le repli sur soi et le retrait servent à marquer la honte et le manque d'habiletés à socialiser et à communiquer avec les autres. Les habiletés sociales sont parfois peu développées.

AU PLAN COGNITIF ET SCOLAIRE

Selon Lessard et al. (2003), les quelques recherches disponibles sur ce sujet font état de troubles d'apprentissages, de manque d'habiletés intellectuelles, de retards scolaires. L'énergie consacrée à gérer l'anxiété suscitée par la situation de violence n'est pas disponible pour la concentration. Toute la période scolaire risque donc d'être affectée par la situation conjugale, ce qui augmente le risque de décrochage et d'échecs.

À PLUS LONG TERME

L'effet le plus à redouter à plus long terme est la reproduction de la violence dans les relations interpersonnelles, en particulier dans la vie amoureuse. L'apprentissage des rôles, des conduites et des méthodes de solutions aux problèmes relationnels, se fait par la reproduction de ce qui a été vu et entendu, d'autant plus si peu d'autres modèles sont disponibles.

Nous reproduisons ci-après un tableau proposé par Lessard et al. (2003), qui résume les effets de l'exposition à la violence conjugale sur le développement des enfants à court et à plus long terme.

³¹ Définition et description dans le tronc commun, encart page 17.

Tableau 9 Réactions possibles de l'enfant exposé à la violence à court, moyen et long terme

(Inspiré d'un tableau de Sudermann et Jaffe, 1999)

Bébés (moins de 2 ans)	Enfants d'âge préscolaire (2-4 ans)	Enfants de l'école primaire (5-12 ans)	Adolescents (12-18 ans)	Adultes
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Perturbation des habitudes d'alimentation et de sommeil. ▶ Retard staturo-pondéral. ▶ Gémissements, crises ou pleurs excessifs. ▶ Inattention. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Plaintes somatiques. ▶ Énurésie. ▶ Cauchemars. ▶ Anxiété. ▶ Crainte de la noirceur. ▶ Dépendance exagérée à l'égard de la mère. ▶ Symptômes du SSPT. ▶ Déficience des habiletés verbales et intellectuelles. ▶ Agressivité. ▶ Cruauté envers les animaux. ▶ Destruction de biens. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Plaintes somatiques. ▶ Faible estime de soi. ▶ Anxiété. ▶ Tristesse. ▶ Inquiétude face à l'avenir. ▶ Confusion et ambivalence. ▶ Dépression, repli sur soi. ▶ Embarras, timidité. ▶ Crainte d'être victime de violence ou abandonné. ▶ Sentiment d'être responsable de la violence et de devoir intervenir. ▶ Symptôme du SSPT*. ▶ Mauvais résultats scolaires. ▶ Difficultés de concentration. ▶ Agressivité. ▶ Destruction de biens. ▶ Comportement de séduction, de manipulation ou d'opposition. ▶ Crainte d'amener des amis à la maison. ▶ Convictions stéréotypées des rôles de l'homme et de la femme. ▶ Manque de respect à l'égard des femmes. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Plaintes somatiques. ▶ Faible estime de soi. ▶ Dépression. ▶ Suicide. ▶ Symptômes du SSPT*. ▶ Baisse soudaine des résultats scolaires. ▶ Pratique de l'école buissonnière. ▶ Décrochage scolaire. ▶ Brutalité. ▶ Violence à l'égard des personnes qu'il fréquente. ▶ Abus de drogues, d'alcool. ▶ Fugues. ▶ Prostitution. ▶ Grossesse à l'adolescence. ▶ Délinquance. ▶ Convictions stéréotypées des rôles de l'homme et de la femme. ▶ Manque de respect à l'égard des femmes. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Suicide. ▶ Symptômes du SSPT.* ▶ Homicide. ▶ Criminalité. ▶ Mariage précoce. ▶ Faibles habiletés parentales. ▶ Reproduction de la violence conjugale et de la victimisation.

* SSPT : syndrome de stress post-traumatique.

Ce qui est nommé SSPT est appelé le Trouble de Stress Post-Traumatique (TSPT) dans l'ensemble du programme.

2.6 La détection de l'exposition à la violence conjugale

Les réactions présentées dans le tableau 9 permettent, lorsqu'elles sont observées, de se poser la question si le jeune est exposé à de la violence conjugale, ou s'il subit d'autres formes de mauvais traitements ou abus.

L'intervenant s'assure dans un premier temps que les symptômes observés ne sont pas le reflet d'une autre situation que celle de subir ou être exposé à la violence conjugale ou autre. Pour valider si l'enfant est exposé à la violence conjugale, l'intervenant dispose de diverses sources de renseignements :

- ▶ Le dossier antérieur de la famille :
 - Signalements antérieurs.
 - Évènements antérieurs.
 - Services antérieurs.
 - Problématique antérieure de violence ou de toxicomanie.

- ▶ La situation actuelle, telle que rapportée par les personnes qui la vivent :
 - Le dévoilement par un enfant.
 - Une conjointe qui en parle sans la présence du conjoint.
 - Un autre membre de la famille qui y fait allusion.
 - Une problématique actuelle de toxicomanie, d'usage de médicaments, de propos suicidaires.

- ▶ Les observations faites lors des rencontres avec les membres de la famille :
 - Anxiété, angoisse, fragilité émotionnelle.
 - Difficulté à s'affirmer, à prendre des décisions.
 - Blessures suspectes.
 - Réticence et manque d'ouverture, loi du silence.
 - Comportements de contrôle sur l'autre par un des partenaires.

Chapitre 3 : Le processus d'intervention clinique dans les situations de mauvais traitements psychologiques

Le tronc commun a décrit comment le PIC s'appliquait à toutes les situations de violence familiale. Nous ne spécifierons ici que les éléments particuliers aux situations de mauvais traitements psychologiques, incluant l'exposition à la violence conjugale.

Les étapes du processus d'intervention sont :

- ▶ La collecte multidimensionnelle des données.
- ▶ L'analyse de la situation.
- ▶ La planification de l'intervention (Plan d'intervention élaboré, réalisé et révisé).

3.1 La collecte des données (RTS et E/O)

La collecte des données commence dès la réception du signalement au service de RTS et l'intervenant recueille suffisamment d'informations sur la situation et la crédibilité du signalant pour décider si le signalement doit être retenu pour évaluation.

La collecte des données effectuée par l'intervenant E/O pour statuer sur la compromission de la sécurité ou du développement dans une situation d'allégation de mauvais traitements psychologiques s'appuie sur :

- ▶ Le dévoilement³² fait par l'enfant victime et la description des mauvais traitements qu'il subit, ou de la violence conjugale à laquelle il est exposé.
- ▶ Toute information corroborante fournie par le parent non maltraitant ou la fratrie.
- ▶ Toute information corroborante fournie par le parent victime de violence conjugale.
- ▶ Tout élément ou fait corroborant fourni par des témoins, incluant la fratrie, ou provenant de personnes qui ont vu ou entendu parler des mauvais traitements ou de la violence conjugale.
- ▶ La présence d'indicateurs comportementaux chez l'enfant victime de mauvais traitements psychologiques ou exposé à la violence conjugale.
- ▶ L'aveu direct du parent maltraitant; la reconnaissance de la violence conjugale par les conjoints.

Procéder à l'analyse et l'orientation de la situation vers une mesure appropriée se poursuit par une collecte de données multidimensionnelle, telle que présentée dans le tronc commun. Nous rappelons et ajoutons ici ce qui est spécifique aux mauvais traitements psychologiques.

³² Le dévoilement de mauvais traitements psychologiques se fait souvent en même temps que le dévoilement d'autres situations d'abus.

Caractéristiques du jeune

- ▶ Type de mauvais traitements psychologiques subis.
- ▶ Identifier les séquelles des mauvais traitements psychologiques :
 - Trouble de stress post-traumatique, retards de développement, anxiété et peurs, troubles de la conduite.
- ▶ Mauvais traitements psychologiques agis.
- ▶ Des besoins de développement de l'enfant qui sont non reconnus et bafoués (Malo et Gagné, 2002) :
 - Besoin d'amour, d'affection, d'attention, d'intérêt, de présence, de se sentir bon, compétent, d'être un objet de fierté.
 - Besoin de se sentir en sécurité, besoin de stabilité, de routine.
 - Besoin de pouvoir bouger, jouer, être actif, de liberté et d'autonomie selon son âge, d'encadrement, d'accompagnement, de supervision, de stimulation aux apprentissages.
 - Besoin de s'identifier à un modèle adéquat d'affiliation et d'appartenance (groupes de pairs, adultes significatifs).
 - Besoin d'être vu, entendu et compris dans ses besoins.

Caractéristique du parent en tant qu'adulte

- ▶ Antécédents de violence physique ou sexuelle subie durant l'enfance, d'exposition à la violence conjugale.
- ▶ Antécédents de placements (brisures de liens, perturbations affectives, carences affectives).
- ▶ Antécédents conjugaux (nombre de partenaires, durée de la relation, présence ou non de violence conjugale et familiale).
- ▶ Contexte actuel de violence conjugale, de conflit de loyauté, de conduites aliénantes, d'aliénation parentale, de violence sur les aînés :
 - La présence de l'escalade et du cycle de violence conjugale dans l'interaction entre les conjoints (voir Annexe 4).
- ▶ Correspondance avec les caractéristiques des personnes contrôlantes et violentes (voir Annexe 2 dans le tronc commun).
- ▶ Une problématique individuelle : trouble de santé mentale, déficience intellectuelle, trouble neurologique, problème de dépendance.

Caractéristiques du parent en tant que parent

- ▶ Antécédents de mauvais traitements envers l'enfant ou un autre de ses enfants.
- ▶ Présence actuelle de violence physique, verbale, psychologique ou sexuelle.
- ▶ Type de pratiques parentales, capacité d'encadrement, méthodes éducatives privilégiées.
- ▶ Les excès dans les punitions, les exigences, les attentes.
- ▶ Présence d'une dynamique interactive parent/enfant de mauvais traitements psychologiques (Chapitre 1).

- | | |
|--|---|
| Relations familiales | <ul style="list-style-type: none"> ▶ Reproduction intergénérationnelle de la violence dans la famille. ▶ Concomitance entre les diverses situations de violence. ▶ Climat de violence dans les relations familiales. ▶ Concordance avec les caractéristiques des familles aux prises avec une situation de violence (tronc commun). ▶ Concordance avec un profil familial de mauvais traitements psychologiques. |
| Relations avec le milieu social | <ul style="list-style-type: none"> ▶ Situation socio-économique de la famille. ▶ Facteurs de stress familiaux (maladie, décès, perte d'emploi, argent, logement, etc.). ▶ Présence de violence dans la famille élargie. ▶ Reproduction de la violence dans le milieu social et dans le milieu scolaire. |
| Relations avec les services | <ul style="list-style-type: none"> ▶ Services antérieurs reçus et acceptés relativement à des situations de violence. ▶ Perception des services et de leurs résultats; relation avec les intervenants. |

Des données additionnelles seront fournies par l'un ou l'autre des outils suivants :

ENFANT (lorsque certains symptômes du TSPT apparaissent) :

- *Échelle post-traumatique pour enfants* (état psychologique consécutif aux abus).
- Les outils préconisés par les autres programmes pour évaluer le fonctionnement, les troubles de santé mentale, l'attachement ou des problématiques associées.

FAMILLE (lorsque les capacités parentales semblent faibles) :

- *ICBE* (capacité de la famille de comprendre et répondre aux besoins de protection des enfants).
- Les outils préconisés par les autres programmes pour évaluer le fonctionnement, les troubles de santé mentale, l'attachement ou des problématiques associées.

FEMMES (lorsque des indices de violence conjugale apparaissent dans les rencontres) :

- *L'échelle WAI* (présentée dans le Répertoire des activités).

3.2 L'analyse (E/O et A/M à chaque révision du PI ou de la situation)

L'analyse se base d'abord sur ce qui est défini dans le tronc commun du programme : elle consiste à établir les liens entre :

- ▶ Les faits relatifs aux mauvais traitements psychologiques, leurs circonstances, ainsi que leurs séquelles, tels que recueillis lors de l'entrevue d'investigation, l'observation directe et lors des rencontres avec l'enfant et ses parents.
- ▶ Les données recueillies à partir du modèle multidimensionnel.

- ▶ Les éléments reliés au fonctionnement de la famille :
 - Similitude avec les caractéristiques communes aux familles aux prises avec des problèmes d'abus et de violence.
 - Similitude avec les profils et les dynamiques interactives de mauvais traitements psychologiques.
 - Une problématique de violence conjugale.
- ▶ La reproduction intergénérationnelle de mauvais traitements psychologiques ou autres.
- ▶ Les facteurs individuels aggravants associés aux mauvais traitements psychologiques.

L'intervenant formule une hypothèse systémique qui établit le rôle joué par les divers facteurs inventoriés dans l'émergence et le maintien des mauvais traitements psychologiques et du sens qu'ils ont dans l'équilibre et le fonctionnement de la famille.

L'estimation des déterminants permet de comprendre jusqu'à quel point les parents :

- ▶ Reconnaissent la gravité des gestes et s'il y a lieu, la dynamique en cause.
- ▶ Sont capables d'apporter les correctifs à la situation (protéger l'enfant et développer leurs capacités).
- ▶ Sont motivés et disposés à le faire avec l'aide des intervenants et services nécessaires.

Cette analyse, dans les situations de mauvais traitements psychologiques et d'exposition à la violence conjugale, nous permet de déterminer les objectifs spécifiques qui sont appropriés à la situation.

3.3 La planification de l'intervention (A/M)

LES CIBLES DE L'INTERVENTION

Deux cibles sont visées par les objectifs spécifiques dans les situations de mauvais traitements psychologiques et d'exposition à la violence conjugale :

- ▶ La protection des enfants contre les mauvais traitements psychologiques et l'exposition à la violence conjugale.
- ▶ Le traitement : la reprise du développement physique, mental et psychologique, le rétablissement et le développement des compétences des parents et des enfants, ainsi que l'établissement d'un fonctionnement familial et de couple non violent (avec le conjoint actuel ou un autre).

Nous présentons les objectifs à viser pour la famille et chacun de ses membres relativement à chacune des priorités. Le tout doit être adapté à la situation précise de la famille et élaboré avec elle pour que cela devienne des objectifs spécifiques d'un plan d'intervention ou d'un plan de services individualisé (PI ou PSI).

Tableau 10**Cibles de l'intervention**

Le jeune, victime ou exposé	
Priorité : protection	Priorité : traitement
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Lui assurer un milieu de vie où il est protégé contre les mauvais traitements psychologiques et l'exposition à la violence conjugale. ▶ Augmenter sa capacité à utiliser des scénarios de protection et des mécanismes d'appel à l'aide qui tiennent compte de son âge et de son développement : avec des personnes et ressources du milieu, de la famille élargie. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Contrer les effets directs des mauvais traitements psychologiques et de l'exposition à la violence conjugale, reliés à son état de santé, à son état de stress post-traumatique. ▶ Se déculpabiliser de la responsabilité des gestes posés par le parent maltraitant ou le conjoint violent; explorer et comprendre son point de vue sur les mauvais traitements psychologiques et la violence conjugale, le rôle et la responsabilité qu'il s'attribue dans la situation. ▶ Consolider ses compétences relativement à son adaptation et ses habiletés sociales (résolution de conflits, isolement, estime de soi, gestion de la colère, expression de soi). ▶ Explorer et comprendre son point de vue sur sa famille, les rôles de chacun, les conflits, les changements que la situation provoque. ▶ Identifier et recadrer les conduites qui reproduisent le comportement de victime ou d'agresseur; prévenir l'apprentissage des conduites violentes.

La fratrie	
Priorité : protection	Priorité : traitement
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Lui assurer un milieu de vie où il est protégé contre les mauvais traitements psychologiques et l'exposition à la violence conjugale. ▶ La maintenir informée du processus en cours et des mesures de protection touchant les autres jeunes. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Identifier les cibles précédentes qui s'appliquent aux membres de la fratrie qui sont victimes de mauvais traitements psychologiques et exposés à la violence conjugale. ▶ Prévenir l'apprentissage des conduites violentes.

Tableau 10 Cibles de l'intervention (suite)

Le parent non maltraitant, le conjoint non violent	
Priorité : protection	Priorité : traitement
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Être soutenu dans le respect des interdits, sa collaboration aux mesures et aux scénarios de protection pour lui et les jeunes. ▶ Être protégé contre la violence conjugale. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Être soutenu sur le plan personnel : <ul style="list-style-type: none"> • Se défaire du blâme que lui fait porter l'agresseur pour les mauvais traitements psychologiques posés sur les jeunes ou sur lui-même. • Être soutenu par rapport à la difficulté à affronter la situation, à comprendre l'impact des mauvais traitements psychologiques et de la violence conjugale sur la famille. • Explorer et comprendre la place et le rôle des mauvais traitements psychologiques et de la violence conjugale dans son histoire et sa vie actuelle. • Être soutenu en tant que conjoint dans la reprise en main graduelle du pouvoir sur sa situation. ▶ Être soutenu en tant que parent : <ul style="list-style-type: none"> • Demeurer impliqué dans la collaboration avec les services offerts aux jeunes, victimes de mauvais traitements psychologiques. • Améliorer ses compétences parentales générales et spécifiques à répondre aux besoins de développement des jeunes. • Consolider sa relation avec le jeune.

Le parent maltraitant, le conjoint violent	
Priorité : protection	Priorité : traitement
<ul style="list-style-type: none"> ▶ S'assurer qu'il cesse les mauvais traitements psychologiques et la violence conjugale et qu'il ne les reproduise pas dans les interventions où le jeune ou la conjointe sont présents. ▶ Susciter le respect des interdits, sa collaboration aux mesures et aux scénarios de protection destinés aux jeunes et à la conjointe. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Favoriser son développement en tant que personne : <ul style="list-style-type: none"> • En identifiant le sens et la fonction de la violence dans sa vie. • En suscitant son adhésion à un processus de changement par étapes (voir le détail des étapes dans le Répertoire). • En identifiant les ressources d'aide et de support à sa motivation et à sa disposition au changement. • Être soutenu dans l'évolution de sa situation conjugale et l'impact sur sa vie. ▶ Être soutenu en tant que parent : <ul style="list-style-type: none"> • Susciter sa collaboration avec les services offerts aux jeunes victimes de mauvais traitements psychologiques ou exposés à la violence conjugale. • Améliorer ses compétences parentales générales et spécifiques à mieux connaître et répondre aux besoins des jeunes et à exercer sa responsabilité de protection contre les mauvais traitements psychologiques et l'exposition à la violence conjugale. • Améliorer sa relation avec le jeune.

Tableau 10 Cibles de l'intervention (suite)

La famille	
Priorité : protection	Priorité : traitement
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Se soutenir mutuellement pour assurer la protection des jeunes, respecter les mesures de protection et utiliser les scénarios appropriés de protection. ▶ Respecter les mesures et les scénarios de protection nécessaires lors des situations de crise. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Adopter, comme famille, un mode de fonctionnement, de communication et de solution de problèmes, qui permet d'apporter des réponses sans violence aux situations. ▶ S'assurer que tous les membres de la famille participent et s'impliquent, dans la mesure de leurs capacités et leur développement, à l'établissement d'un fonctionnement familial sans violence. ▶ Accéder à des moyens qui contrent l'isolement social et les sources de stress, qui améliorent leur situation socio-économique, qui atténuent la portée des facteurs de risque d'apparition de mauvais traitements psychologiques et la violence conjugale.

LES ACTIVITES CLINIQUES

Les objectifs spécifiques élaborés avec le jeune et sa famille seront atteints par les moyens (PIC, 2005) que le jeune et la famille prendront pour assurer la protection des enfants, développer ou rétablir leurs capacités parentales et rétablir une vie de couple sans violence conjugale. Les objectifs seront aussi atteints par les activités cliniques (PIC, 2005) que les intervenants offriront au jeune et à sa famille. Des activités cliniques seront aussi fournies par les établissements et les organismes communautaires qui offrent des services complémentaires à ceux du CJM. Les pages qui suivent présentent un tableau de ces activités, toutes reprises en détail dans le « *Répertoire des activités cliniques* » accompagnant le programme.

Une mise en garde s'impose. Dans un contexte de violence conjugale, les activités cliniques offertes doivent absolument tenir compte du risque que la violence conjugale, dans sa forme psychologique, se reproduise lors des situations où les conjoints sont en présence l'un de l'autre. L'intervenant doit s'assurer que la situation a évolué suffisamment et qu'il a créé des conditions qui réduisent le risque de violence.

Tableau 11**Activités cliniques offertes au CJM**

Activité clinique	Acteurs et description	Clientèle
SUIVI INDIVIDUEL PSYCHOSOCIAL	<p>† <u>Intervenant psychosocial du CJM</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Créer et maintenir un lien avec les membres de la famille, de façon à les accompagner tout au long du processus d'intervention (élaboration, mise en œuvre et révision d'un PI et PSI). ▶ Coordonner et faciliter l'accès aux services nécessaires à chacun des membres de la famille (enfants, parents, agresseur). ▶ Faciliter et susciter la convergence entre les interventions issues des divers réseaux de services oeuvrant auprès du jeune et sa famille (PSI). ▶ Obtenir les autorisations nécessaires pour suivre le cheminement et l'évolution de chacun dans les services reçus chez les partenaires. ▶ Assurer le développement et l'utilisation de scénarios de protection et d'appel à l'aide. ▶ Susciter le rétablissement et le développement des habiletés nécessaires à leur développement (enfant et parents), à l'exercice de leurs compétences parentales et à leur vie de couple sans violence. ▶ Augmenter la compréhension du sens et du rôle des mauvais traitements psychologiques et de la violence conjugale dans leur vie actuelle et leur histoire, et faire le lien entre ce qu'ils ont vécu et ce qu'ils ont appris à faire (enfant et parents) : <ul style="list-style-type: none"> • Recadrage des perceptions de la situation, de ses effets, de ses conséquences sur les adultes et les enfants. • Identification des pensées automatiques et irrationnelles, des erreurs de pensée. • Établissement des liens entre les comportements, les expériences antérieures et les pensées automatiques et irrationnelles. • Pratique concrète d'alternatives aux comportements automatiques. • Etc. 	LES ENFANTS SIGNALÉS: VICTIMES, EXPOSÉS OU AGISSANTS LEURS PARENTS

Tableau 11 Activités cliniques offertes au CJM (suite)

Activité clinique	Acteurs et description	Clientèle
RENCONTRE FAMILIALE	<p>‡ <u>Intervenant psychosocial du CJM</u></p> <p>Intervention centrée sur le fonctionnement de la famille, mais seulement lorsque le cheminement de chacun fait en sorte que le risque de violence interpersonnelle et la reproduction de la problématique de violence soient devenus faibles.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Développer des scénarios de prévention des mauvais traitements psychologiques et de la violence conjugale. ▶ Redéfinir les rôles, les règles, les frontières, la communication entre les adultes et les enfants pour réduire le risque de résurgence des mauvais traitements psychologiques et de la violence conjugale. 	FAMILLE
INTERVENTION DE RÉADAPTATION	<p>‡ <u>Intervenant éducateur du CJM</u></p> <p>Intervention individuelle ou de groupe auprès d'un jeune, dans un cadre externe ou en internat, pour compléter l'intervention psychosociale par rapport au fonctionnement dans la vie quotidienne, à l'augmentation de l'adaptabilité aux situations, à l'application des connaissances et compétences acquises par d'autres interventions (thérapie, groupe, etc.) :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Consolider et développer ses forces du moi : ses compétences relativement à son adaptation et ses habiletés sociales (résolution de conflits, isolement, estime de soi, gestion de la colère, expression de soi). ▶ Identifier des conduites apprises de mauvais traitements psychologiques et de violence qui apportent des conséquences négatives et leur apporter des alternatives. 	JEUNE : VICTIME, EXPOSÉ OU AGISSANT
PSYCHOTHÉRAPIE COURT TERME	<p>‡ <u>Intervenant psychologue du CJM</u></p> <p>Le support psychologique permet de soutenir à court terme l'intervention psychosociale :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ La psychothérapie court terme apporte au jeune un espace d'écoute qui permet de dénouer certains aspects de sa dynamique interne pouvant faire entrave à l'implication dans le suivi psychosocial ou d'autres activités cliniques appropriées à sa situation. 	JEUNE : VICTIME, EXPOSÉ OU AGISSANT

Tableau 11 Activités cliniques offertes au CJM (suite)

Activité clinique	Acteurs et description	Clientèle
DÉVELOPPEMENT DE LA RELATION PARENT/ENFANT (6-12 ANS)	<p>‡ <u>Intervenant psychosocial et Éducateur-Enfance du CJM</u></p> <p>Intervention qui développe simultanément les compétences parentales et les habiletés sociales des jeunes. Le fonctionnement familial est amélioré au travers le développement d'une interaction plus positive entre le parent et le jeune et du temps de qualité entre eux, dans le groupe et ensuite dans la vie quotidienne.</p>	PARENT/ENFANT

Activité clinique	Acteurs et description	Clientèle
GROUPE DE PARENTS	<p>‡ <u>Intervenant psychosocial et Éducateur CSRE du CJM</u></p> <p>Intervention qui fournit aux parents des méthodes éducatives adéquates pour améliorer le fonctionnement de la famille au point de vue de la compréhension des besoins des enfants, des règles, de la communication, de la résolution des conflits, etc., par le partage en groupe, l'apprentissage de nouveaux comportements et leur utilisation dans la vie quotidienne de la famille.</p>	PARENTS

Tableau 12 Activités cliniques offertes par les établissements et organismes communautaires

Activité clinique	Acteurs et description	Clientèle
LA THÉRAPIE INDIVIDUELLE OU DE GROUPE POUR LES VICTIMES	<p>‡ <u>Thérapeute</u> spécialisé dans les cas de jeunes victimes de violence, oeuvrant dans un établissement ou un organisme communautaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ CSSS. ▶ IVAC. <p>Permet aux individus de :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Réduire à court ou à moyen terme les séquelles psychologiques résultant des mauvais traitements psychologiques ou de l'exposition à la violence conjugale, les entraves à leur fonctionnement, les écueils dans le développement de leur personnalité. ▶ Sortir de leur isolement et éviter la stigmatisation. ▶ Faciliter la réparation du trauma. ▶ Rétablir la confiance aux autres. 	JEUNE : VICTIME OU EXPOSÉ
LA THÉRAPIE INDIVIDUELLE OU DE GROUPE POUR LES AGRESSEURS	<p>‡ <u>Thérapeute</u> spécialisé dans les cas d'adultes violents oeuvrant dans un établissement ou un organisme communautaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ CSSS. ▶ Ressources pour hommes violents : type <i>Après Coup, Via l'anse</i>, etc. <p>Permet aux individus de :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Entreprendre une démarche d'introspection et de changements pour renoncer à l'usage de la violence dans leurs relations interpersonnelles, selon diverses approches adaptées à leurs besoins : <ul style="list-style-type: none"> • Le traitement cognitivo behavioriste. • La prévention de la récidive. • La modification des erreurs de pensée. • L'entraînement aux habiletés sociales. • La résolution de problèmes. 	PARENT MALTRAITANT CONJOINT VIOLENT

Tableau 12 **Activités cliniques offertes par les établissements et organismes communautaires (suite)**

Activité clinique	Acteurs et description	Clientèle
INTERVENTION INDIVIDUELLE ET DE GROUPE AUPRÈS DE FEMMES VIOLENTÉES ET EN DIFFICULTÉ	<p>‡ <u>Intervenante</u> d'une maison d'hébergement</p> <p>Intervention individuelle ou de groupe qui permet :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ D'assurer une sécurité physique et un soutien émotionnel aux femmes en difficulté et à leurs enfants qui y sont hébergés : <ul style="list-style-type: none"> • Suivi et accompagnement en hébergement. ▶ D'aider les femmes et leurs enfants à développer leur capacité de s'affirmer et à rompre avec leur vécu de violence dans une démarche de « dévictimisation » : <ul style="list-style-type: none"> • Rencontre éclair de clarification de la situation. • Suivi individuel. • Groupe de soutien. • Intervention familiale mère/enfant. 	FEMMES VIOLENTEES ET EN DIFFICULTE, SEULES OU AVEC LEURS ENFANTS

Activité clinique	Acteurs et description	Clientèle
ACTIVITÉS DE SOCIALISATION ATELIER DE STIMULATION ACTIVITÉS D'EXPRESSION GROUPE DE SOUTIEN	<p>‡ <u>Intervenant</u> d'un établissement ou un organisme communautaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Centre de jour. ▶ Centre de la petite enfance. ▶ ESPACE (Prévention des abus faits aux enfants). ▶ Milieu scolaire. ▶ Colonies de vacances. ▶ CSSS. ▶ Maisons de la famille. <p>Interventions diverses qui permettent aux enfants et adolescents de compléter et soutenir le développement de leurs compétences sociales et personnelles.</p>	ENFANTS 0-5 ANS, 6-12 ANS, 12-18 ANS

Activité clinique	Acteurs et description	Clientèle
INTERVENTION EN TOXICOMANIE SANTÉ MENTALE PSYCHIATRIE	<p>‡ <u>Intervenant</u> d'un établissement ou d'un organisme communautaire</p> <p>Intervention nécessaire pour compléter l'intervention en violence, la toxicomanie et les troubles de santé mentale étant souvent associés à la problématique de violence.</p>	ADULTES

Ces activités, au besoin, seront poursuivies après l'intervention dans le cadre de la LPJ. D'autres organismes peuvent être mis à contribution dans l'intervention pour répondre à des besoins particuliers de la famille : consultation budgétaire, banque de vêtements, de nourriture, de biens, loisirs adaptés, accompagnement, etc.

Conclusion

Le module concernant les mauvais traitements psychologiques reprend ce que la littérature récente confirme. Les mauvais traitements psychologiques ont des effets importants sur les enfants, que ce soit à court ou à long terme, c'est-à-dire selon les enfants, des retards de développement, des troubles de stress post-traumatique, des perturbations dans le fonctionnement intellectuel, physique, affectif et social.

La connaissance de profils familiaux et de dynamiques interactives susceptibles d'entraîner de mauvais traitements psychologiques permet à l'intervenant de détecter les situations et de les traiter avec plus d'efficacité.

L'exposition continue à la violence conjugale a aussi les mêmes effets notables sur le développement et le fonctionnement des enfants. Le climat cyclique et l'escalade de la violence sont des sources énormes de stress auxquelles les enfants sont exposés. Ce chapitre permet à l'intervenant de saisir ce que les membres d'une famille vivent dans ces situations et d'intervenir sans attendre que les enfants manifestent des troubles de comportement en réaction à ces situations.

Le fait que la LPJ, telle que modifiée en 2006, ait déterminé un alinéa spécifique à cette situation, fournit à l'intervenant un levier d'intervention qui permet de traiter autant la sécurité des enfants, la réduction des effets et la reprise de leur développement que les conduites parentales inappropriées.

De plus, les mauvais traitements psychologiques et l'exposition à la violence conjugale apparaissent souvent en concomitance avec d'autres situations de mauvais traitements et de négligence. La détection et l'intervention précoce permettront de diminuer les séquelles chez les enfants.

Annexe

Annexe 4 : Escalade et cycle de la violence conjugale

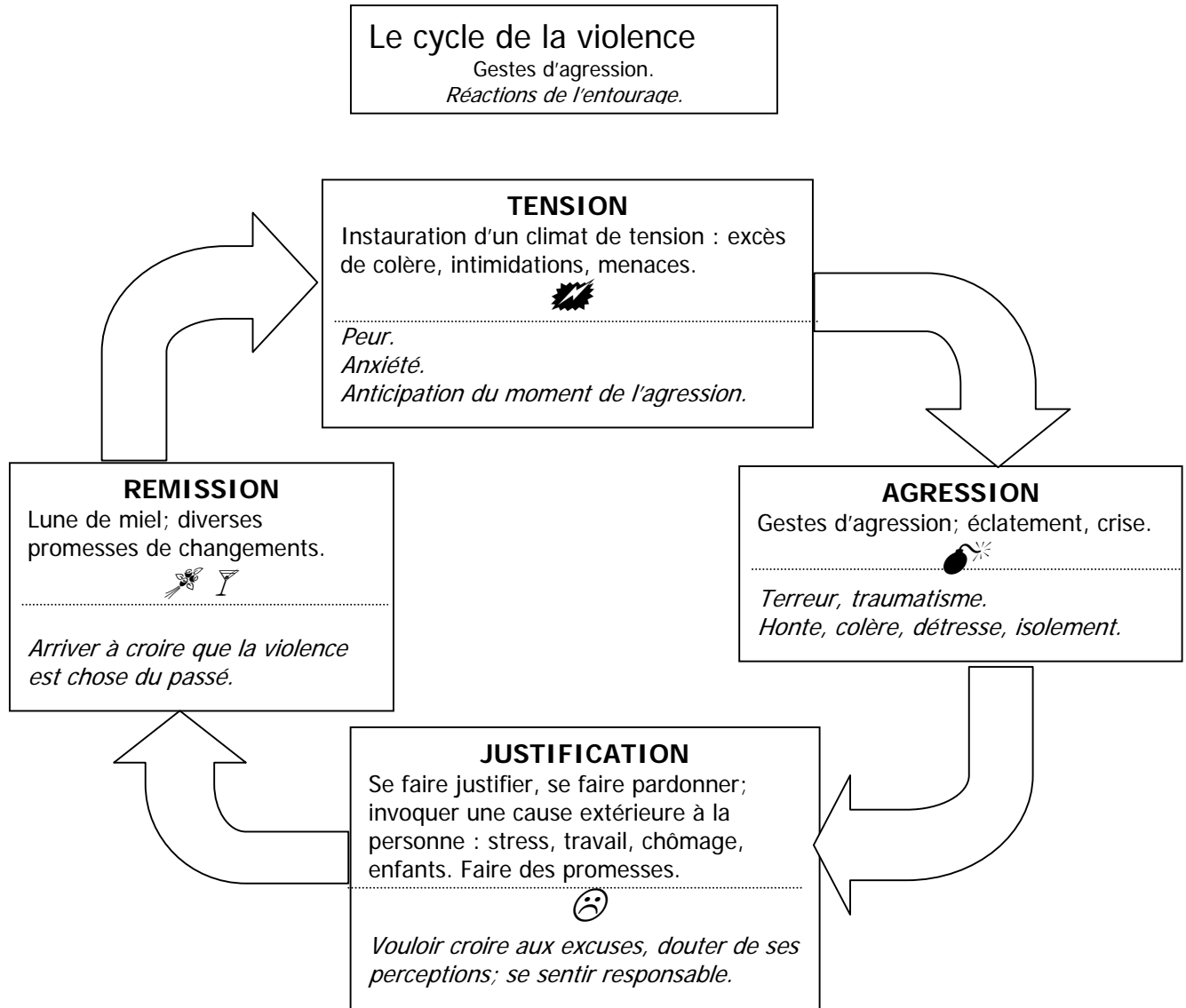
Annexe 4 :

L'escalade et le cycle de la violence conjugale

Schéma de l'escalade de la violence et de ses effets sur la victime*

					Homicide
				Physique	
			Sexuelle	Donner des coups - Bousculer - Pousser - Tirer les cheveux - Serrer ou tordre les bras - Menaces avec une arme ou un objet - Lancer des objets - Briser ou défoncer	<i>La mort</i>
		Verbale	Relations ou attouchements forcés - Morsures - Relations après une violente dispute - Forcer à regarder du matériel pornographique		
	Économique	Crier - Menaces de frapper - Injurier - Changer le ton de la voix - Donner des ordres			
Psychologique	Contrôler les finances, le salaire - Priver ou récompenser monétairement selon l'humeur - Blâmer pour les dépenses	<i>Peur de s'exprimer - Isolement - Nervosité - Épuisement - Ambivalence</i>			
Dévaloriser Critiquer Humilier Dénigrer Ignorer l'autre Mépriser	<i>Dépendance - Isolement - Dévalorisation - Culpabilité - Perte de confiance en soi</i>		<i>Dégoût - Honte - Perte d'estime de soi - Peur - État dépressif - Problèmes de santé</i>	<i>Paralysie - Isolement - Honte - Dépression - Impasse - Goût d'en finir - Blessures - Peur - Crainte de se faire enlever les enfants - Colère</i>	
<i>Isolement - Insomnie - Nervosité - Perte d'estime de soi - Désir de se surpasser - Peur</i>					

*Source : Camaïeu de nos milieux. Fédération des ressources d'hébergement pour femmes violentées et en difficulté du Québec.



DEUXIÈME PARTIE

MODULE II

LES ABUS PHYSIQUES

Table des matières

INTRODUCTION	102
CHAPITRE 1 : PROBLÉMATIQUE DES ABUS PHYSIQUES	103
1.1 DÉFINITION	103
1.2 LES FORMES D'ABUS PHYSIQUES.....	103
1.3 LA PRÉVALENCE DES ABUS PHYSIQUES DANS LES SIGNALEMENTS	106
1.4 LES FACTEURS DE RISQUE ET DE PROTECTION.....	106
1.5 LES EFFETS DES ABUS PHYSIQUES.....	110
1.6 LA DÉTECTION DES ABUS PHYSIQUES.....	114
CHAPITRE 2 : LE PROCESSUS D'INTERVENTION CLINIQUE DANS LES SITUATIONS D'ABUS PHYSIQUES	116
2.1 LA COLLECTE DES DONNÉES (RTS ET E/O)	116
2.2 L'ANALYSE (E/O ET A/M À CHAQUE RÉVISION DU PI OU DE LA SITUATION)	118
2.3 LA PLANIFICATION DE L'INTERVENTION (A/M).....	118
<i>Les cibles de l'intervention</i>	<i>118</i>
<i>Les activités cliniques.....</i>	<i>121</i>
CONCLUSION	128
ANNEXE.....	129
ANNEXE 5 : TYPOLOGIE DES FAMILLES MALTRAITANTES	130

Liste des tableaux et encarts

ENCART :	LA CORRECTION PHYSIQUE : POINTS DE REPÈRE.....	104
TABLEAU 13 :	FACTEURS DE RISQUE DE SUBIR DES ABUS PHYSIQUES. CARACTÉRISTIQUES RELIÉES AUX ENFANTS	107
TABLEAU 14 :	FACTEURS DE RISQUE DE COMMETTRE DES ABUS PHYSIQUES. CARACTÉRISTIQUES RELIÉES AUX PARENTS	108
TABLEAU 15 :	FACTEURS DE RISQUE D'APPARITION DES ABUS PHYSIQUES. CARACTÉRISTIQUES RELIÉES AUX FAMILLES	109
TABLEAU 16 :	FACTEURS DE PROTECTION CONTRE LES ABUS PHYSIQUES	110
TABLEAU 17 :	EFFETS DES ABUS PHYSIQUES SELON L'ÂGE DU JEUNE	112
TABLEAU 18 :	INDICATEURS DE COMPORTEMENT OU SIGNES D'ALERTE À OBSERVER	115
TABLEAU 19 :	CIBLES DE L'INTERVENTION	119
TABLEAU 20 :	ACTIVITÉS CLINIQUES OFFERTES AU CJM	122
TABLEAU 21 :	ACTIVITÉS CLINIQUES OFFERTES PAR LES ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES COMMUNAUTAIRES	125

Introduction

Les mauvais traitements physiques infligés aux enfants ont été l'une des premières problématiques à susciter une intervention particulière des législateurs. Dès 1974, une loi pour protéger les enfants contre ces pratiques inacceptables était adoptée. Les abus physiques à l'endroit des enfants demeurent une réalité de notre société et elle apparaît au rang des priorités de la Politique de la santé et du bien-être et du réseau de la santé publique dès 1992, et continue de l'être en 2006 (Québec, 1992, 2006).

Cette préoccupation d'intervention efficace auprès des enfants maltraités et de leur famille a engendré le « *Cadre de référence en matière de mauvais traitements physiques faits aux enfants* » (ACJQ, 1998). De plus, divers ministères se sont concertés pour définir une « *Entente multisectorielle relative aux enfants victimes d'abus sexuels, de mauvais traitements physiques ou d'une absence de soins menaçant leur santé physique* » (MSSSQ, MJQ, MSPQ, MEQ, MFEQ, 2001).

Ce module du *Programme d'intervention en violence familiale* s'inspire grandement de ces deux documents et de la synthèse du cadre de référence réalisée au CJM par Louise Delisle (2000).

Le premier chapitre présente une définition de l'abus physique, une description des formes d'abus physiques, ainsi que les balises légales relatives aux corrections physiques, un rappel de la prévalence des abus physiques, au Canada, au Québec et au CJM, un exposé des effets des abus physiques sur les enfants et la détection des abus physiques.

Les particularités associées aux abus physiques dans l'application du processus d'intervention clinique (PIC) font l'objet du deuxième chapitre. Les priorités de l'intervention, telles que vues dans le tronc commun et décrites dans la première partie du programme, sont revues et précisées, concernant chacun des protagonistes de la situation : l'enfant, la fratrie, les parents et la famille. Finalement, les activités cliniques offertes au CJM et par les établissements et organismes communautaires sont présentées.

Chapitre 1 : Problématique des abus physiques

Suite à la recommandation du « *Rapport du comité d'experts sur la révision de la LPJ* », en février 2004, le législateur a opté pour désigner les « mauvais traitements physiques » par le terme « abus physiques », et de le réserver pour les situations où il est question d'excès et de gestes inappropriés. Les cas de mauvais traitements, par suite de négligence, demeurent ainsi associés à la négligence.

1.1 Définition

Les abus physiques sont :

« Des gestes posés qui provoquent des sévices corporels ou des traumatismes qui peuvent avoir des conséquences sérieuses sur la santé, le développement ou la vie de l'enfant. Les gestes dépassent la mesure raisonnable soit par leur force, soit par leur répétition. Les mauvais traitements doivent être évalués en fonction de leur nature, et en tenant compte de l'âge de l'enfant, de sa taille, de son état de santé et de la fréquence répétitive. » (ACJQ, 1995, page 20).

L'article 38 alinéa e) de la LPJ stipule que la sécurité ou le développement d'un enfant est considéré comme compromis lorsqu'il se retrouve dans une situation d'abus physiques, à savoir :

1° lorsque l'enfant subit des sévices corporels ou est soumis à des méthodes éducatives déraisonnables de la part de ses parents ou de la part d'une autre personne et que ses parents ne prennent pas les moyens nécessaires pour mettre fin à la situation;

2° lorsque l'enfant court un risque sérieux de subir des sévices corporels ou d'être soumis à des méthodes éducatives déraisonnables de la part de ses parents ou d'une autre personne et que ses parents ne prennent pas les moyens nécessaires pour mettre fin à la situation.

1.2 Les formes d'abus physiques

Sévices corporels de la part du parent

Le ou les parents, ou des tiers à qui ils confient l'enfant, posent des gestes (asséner des coups, brûler, frapper, secouer, fouetter, etc.) consistant à lui infliger volontairement des blessures, que ce soit avec une intention éducative ou non.

Syndrome du bébé secoué (diagnostic émis par un professionnel de la santé)

Ce syndrome résulte d'un traumatisme crânien et d'autres lésions causées lorsque les nourrissons et les petits enfants sont secoués dans un mouvement de va-et-vient (plus l'enfant est jeune, plus il est vulnérable au traumatisme). La tête se balance ainsi d'avant en arrière et est à chaque fois freinée de manière abrupte dans des positions extrêmes. Les lésions produites ne pourraient être causées par les activités normales de la vie quotidienne (y compris des tentatives de réanimation).

Méthodes éducatives déraisonnables

Le ou les parents, ou des tiers à qui ils confient l'enfant, emploient des corrections exagérées ou déraisonnables pour l'éduquer, en lui imposant des punitions qui portent atteinte à son intégrité physique, notamment par la privation punitive de nourriture, de sommeil, de soins physiques, de gîte et d'autres conditions essentielles à son bien-être physique immédiat, sans pour autant lui infliger des blessures ou des sévices corporels. Voir plus bas l'encart sur la correction physique.

Intoxication de l'enfant par médicaments, drogues, boissons alcooliques ou des produits toxiques

Donner des médicaments sans avis médical pour calmer, endormir, empêcher de pleurer ou de se plaindre. Faire prendre des boissons alcooliques ou des narcotiques pour les mêmes raisons. Faire goûter de l'alcool ou de la drogue. Laisser sciemment en présence des enfants des médicaments, des boissons alcooliques, de la drogue, des produits toxiques.

Abus de soins

Le Syndrome de Münchhausen par procuration (SMPP) (diagnostic émis par un professionnel de la santé). Syndrome conséquent au comportement du parent qui simule et/ou provoque une pathologie organique chez son enfant en le soumettant à des examens médicaux, des explorations et des traitements inutiles et dangereux. L'enfant est victime d'un « abus de soins » résultant en sévices compromettant gravement son développement physique et psychoaffectif. Quelques exemples : injection de matières fécales, suffocation manuelle, intoxication volontaire, allégations de symptômes jamais observés par les soignants, etc.

Le fait de courir un risque sérieux de subir des abus physiques n'est pas une forme d'abus physique. Cependant, c'est la grande probabilité que l'enfant subisse de tels abus et que ses parents ne prennent pas les moyens nécessaires pour éviter la situation qui devient l'objet d'un signalement. Exemples de situations à risque :

- ▶ Un parent qui démontre une impulsivité non contrôlée répétitive.
- ▶ Un parent ayant blessé un autre enfant dans la famille.
- ▶ Un parent qui, sur une base régulière, brise, lance ou détruit des objets et menace physiquement ses enfants.

LA CORRECTION PHYSIQUE

Points de repère

Jusqu'en 1991, la discipline à l'égard des enfants était une question privée et laissée à la discrétion parentale et, pour plusieurs parents, la correction physique constituait une mesure adéquate et nécessaire pour obtenir l'obéissance à l'autorité et éduquer les enfants. En matière de discipline sur les enfants, le Québec a retiré du **Code civil** en 1991 « le droit de correction de façon modérée et raisonnable ». L'explication fournie par le législateur était alors que ce droit est compris dans le droit et le devoir d'éducation.

Certains parents pourraient invoquer l'article 43 du **Code criminel canadien** :

« ...tout instituteur, père ou mère, ou toute 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. »(CCC, 1985)

La Cour suprême (2004, C.S.C. 4) a statué les circonstances et situations dans lesquelles certains gestes ou comportements n'étaient pas raisonnables et ne pouvaient entrer dans la définition de correction de l'article 43 du Code criminel :

- ▶ L'enfant doit être âgé de plus de deux ans. Il ne doit pas non plus être un adolescent (on ne précise pas d'âge).
- ▶ Il ne doit pas y avoir de coups ou de gifles portées à la tête.
- ▶ L'utilisation d'un objet est interdite.
- ▶ La gravité de l'événement déclencheur ou la nature de la faute à l'origine de la correction n'est pas pertinente dans l'analyse des circonstances.
- ▶ Les instituteurs ne peuvent infliger un châtiment corporel bien qu'ils puissent utiliser la force pour expulser un enfant ou pour assurer le respect des directives.
- ▶ L'emploi de la force causant une blessure (lésion corporelle) qui n'est ni passagère, ni sans importance, est interdit.

Un avis du contentieux du CJM (avril 2004) nous indique que la portée de l'article est de nature criminelle. Il ne vient pas invalider la « *Charte des droits et libertés de la personne* » et la « *Loi sur la protection de la jeunesse* ». L'article 43 demeure un moyen de défense dont quelqu'un peut se prévaloir lors d'une accusation en Cour criminelle et les corrections qui sont considérées comme des abus physiques au sens de la LPJ ne peuvent se justifier sous cet article.

LA MESURE RAISONNABLE/Point de repère clinique

May Clarkson, dans un texte annoté de la « *Loi sur la protection de la jeunesse* », apporte un éclairage au sujet de l'interprétation de la correction physique :

« ... l'attitude des parents, la nature de l'instrument utilisé, la gravité des sévices infligés à l'enfant sont autant de facteurs à considérer pour statuer qu'il y a eu un usage abusif du droit de correction. Concernant l'attitude des parents, toute correction motivée par l'arbitraire, le caprice, la colère ou la mauvaise humeur constitue un comportement répréhensible de la part du parent. Quant au caractère raisonnable d'une correction physique, il apparaît incompatible avec une décharge émotionnelle provoquée par la fureur, la colère ou la frustration puisque ne permettant pas une appréciation des circonstances objectives et subjectives. »

*« ... le caractère raisonnable s'apprécie au regard des **pratiques admises par la société québécoise**. Les pratiques justifiées par des valeurs culturelles qui apparaissent exorbitantes à ce qui est socialement acceptable constituent de mauvais traitements. »*

« Les corrections physiques justifiées uniquement par les croyances religieuses des parents ne sont pas davantage admises, d'autant plus si elles sont excessives ».
(Clarkson, 1994)

L'expression « société québécoise » dans l'extrait qui précède réfère à une société multiculturelle en évolution et non à une société « ethnocentrique ». Elle admet les pratiques envers les enfants issus de normes culturelles différentes, pourvu qu'elles demeurent compatibles avec les balises de la LPJ qui encadre les pratiques éducatives de l'ensemble de la société québécoise, de façon à protéger la sécurité et le développement des enfants, toutes cultures et ethnies confondues. Il importe donc de distinguer les pratiques éducatives variables d'un parent à l'autre, selon leur éducation et leur culture, des abus qui mettent en danger la sécurité et le développement des enfants.

1.3 La prévalence des abus physiques dans les signalements

« L'Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants » (Trocmé et al., 2001), l'« Étude québécoise sur l'incidence des mauvais traitements physiques dans les signalements à la DPJ » (Tourigny et al., 2002) et les données opérationnelles de la DPJ 2000-2001 rendent compte de l'ampleur de la violence physique subie par les enfants, qui est rapportée et signalée aux services de protection de l'enfance.

Au Canada, 31 % des signalements concernent des abus physiques (6,5 enfants sur 1000); environ 66% sont retenus et corroborés (environ 4,3 sur 1000).

Au Québec, on estime que le taux d'incidence des abus physiques est d'environ 3,3 enfants sur 1000.

Un recensement de la clientèle des CJM en janvier 2003, lors de l'évaluation de l'implantation du « *Programme d'intervention en Négligence* » (Charbonneau, 2004), indique que :

- ▶ 8 % des dossiers sont suivis en vertu de l'alinéa 38g, p (abus physiques)
 - 13 % des garçons de 12 ans et moins; 5 % des garçons de 13 ans et plus.
 - 8 % des filles de 12 ans et moins; 6 % des filles de 13 ans et plus.

1.4 Les facteurs de risque et de protection

Certains enfants présentent des caractéristiques qui augmentent le risque³³ de subir des abus physiques. Solange Lancup (1992), dans une revue de littérature sur la violence physique faite aux enfants, a relevé des facteurs de risque en rapport avec les caractéristiques reliées à l'enfant, aux parents et au contexte sociofamilial. Black et al. (2001) ont aussi effectué une méta-recherche sur ces caractéristiques.

³³ Définition de facteurs de risque et de protection dans les « *Définitions* » au début du programme.

Tableau 13 Facteurs de risque de subir des abus physiques
Caractéristiques reliées aux enfants

(Lancup, 1992)	(Black et al., 2000)*
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Enfant né prématurément. ▶ Enfant qui présente un tempérament difficile. ▶ Enfant hyperactif. ▶ Les garçons plus difficiles à socialiser. ▶ Enfant avec un handicap physique ou mental. ▶ Enfant à un stade de développement où prédomine un comportement opposant. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Enfants dont la naissance n'est pas planifiée. ▶ Enfants plus violents verbalement. ▶ Enfants plus violents physiquement avec les autres. ▶ Enfants perçus par leurs parents comme ayant plus de problèmes de comportement, intériorisés ou extériorisés. ▶ Enfants qui expriment plus de colère et d'opposition lors d'un refus. ▶ Enfants qui ont tendance à éviter les contacts avec les éducatrices et les autres enfants (garderie). ▶ Enfants qui désobéissent plus, qui manifestent plus d'agressivité à l'égard de leur mère. ▶ Enfants qui manifestent plus d'antipathie à l'égard du père. ▶ Adolescents avec plus de troubles de comportement, d'attention et d'agressivité. ▶ Adolescents avec plus de symptômes de psychopathologie. ▶ Adolescents qui vivent plus de situations quotidiennes de stress. ▶ Le risque est plus élevé si l'enfant a entre 3 et 12 ans. ▶ Garçons perçus par leur mère comme ayant plus de troubles de comportement. ▶ Garçons plus à risque que les filles d'abus physiques mineurs.
	<p>*Les éléments relevés ci-dessus sont ceux qui sont le plus souvent corroborés par les recherches.</p>

Tableau 14 Facteurs de risque de commettre des abus physiques
Caractéristiques reliées aux parents

(Lancup, 1992)	(Black et al., 2000)*
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Présence de troubles de personnalité (immaturité émotive, dépendance, besoin de combler des carences passées, pauvre estime de soi, agressivité, impulsivité, intolérance à la frustration, projection de leur propre frustration, etc.). ▶ Parents dépressifs. ▶ Rigidité dans les méthodes éducatives. ▶ Problèmes psychiatriques chez l'un ou l'autre des parents. ▶ Consommation d'alcool et de drogue. ▶ Manque d'habiletés parentales. ▶ Antécédents de violence durant leur enfance. ▶ Antécédents de placements liés à des brisures de liens et à des perturbations affectives. ▶ Jeune âge des parents à la naissance du premier enfant. ▶ 	<p>Parents :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Exposés eux-mêmes aux abus physiques entre leurs parents. ▶ Avec une histoire de punitions sévères et d'abus physiques dans l'enfance et l'adolescence. ▶ Qui présentent plus de symptômes et de traits dépressifs, plus de sentiments de solitude; plus de problèmes interpersonnels. ▶ Qui présentent plus de symptômes psychosomatiques. ▶ Qui rapportent avoir vécu plus d'événements stressants récemment. ▶ Qui manifestent moins de marques d'appréciation et prodiguant moins de support aux enfants. ▶ Qui manifestent plus de comportements de type aversif envers les enfants. ▶ Qui utilisent plus les punitions ou l'isolement que d'autres stratégies en cas de transgression des règles. ▶ Qui croient plus que la violence est normale et correcte. ▶ Qui utilisent plus de violence verbale et psychologique. ▶ Qui ont des attentes plus grandes et plus rigides par rapport au stade de développement de l'enfant. ▶ En général moins instruits. <p>Mères :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Qui présentent plus de traits d'anxiété. ▶ Qui se sentent plus inefficaces et incompetentes en tant que parent à affronter les problèmes. ▶ Qui ressentent plus de détresse émotive, de solitude et d'isolement. ▶ Qui ressentent plus de stress dans la relation parent/enfant. ▶ Qui se sentent moins supportées par la famille élargie; recevant moins d'aide dans l'éducation des enfants. ▶ Qui croient plus que leurs enfants ont des intentions malveillantes quand ils dérogent. ▶ Plus facilement agacées par les cris et les pleurs (rythme cardiaque, réponse cutanée). ▶ Plus sujettes à l'abus de drogue. ▶ Qui subissent plus de peines d'emprisonnement.
	<p>*Les éléments relevés ci-dessus sont ceux qui sont le plus souvent corroborés par les recherches.</p>

Tableau 15 Facteurs de risque d'apparition des abus physiques
Caractéristiques reliées aux familles

(Lancup, 1992)	(Black et al., 2000)*
<ul style="list-style-type: none"> ▶ La violence conjugale. ▶ Le manque de support du conjoint (ou absence). ▶ Le dysfonctionnement familial et la pauvreté des communications entre les membres de la famille. ▶ Les sources de stress vécu et subi par les membres de la famille (chômage, logement inadéquat, etc.). ▶ La pauvreté. ▶ Les familles nombreuses. ▶ L'instabilité familiale (nombreux changements de partenaires et déménagements fréquents). ▶ Valeurs propres à des communautés culturelles et problèmes d'adaptation de ces familles. ▶ L'appartenance à certaines sectes. ▶ 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Familles avec un faible statut socio-économique. ▶ Le risque de subir des abus augmente avec le nombre d'enfants dans la famille. ▶ Les familles de minorités ethniques sont plus à risque. ▶ Familles qui vivent plus de stress. ▶ Adolescents qui estiment que leur famille présente moins de cohésion et d'adaptabilité. ▶ Les conjoints qui ont plus de désaccords. ▶ Les conjoints qui se critiquent et se désapprouvent plus. ▶ Les conjoints qui se manifestent plus d'antipathie. ▶ Présence de violence conjugale. ▶ Les conjointes qui se sentent moins bien adaptées et satisfaites maritalement. ▶ Les conjointes qui sont plus susceptibles d'avoir été agressées par le conjoint actuel, ainsi que par l'ex-conjoint.
	<p>*Les éléments relevés ci-dessus sont ceux qui sont le plus souvent corroborés par les recherches.</p>

Pour une description plus détaillée des familles abusives, ainsi que des différences avec les familles négligentes, nous présentons (Annexe 5) une typologie descriptive conçue par Patricia Crittenden (1988).

La présence d'une ou plusieurs caractéristiques n'indique pas la présence assurée d'abus physiques dans cette famille. La connaissance des facteurs de risque permet à l'intervenant de demeurer alerte aux situations pour détecter les abus physiques ou en prévenir la répétition.

FACTEURS DE PROTECTION

Les divers auteurs ne présentent pas de résultats de recherches qui répertorient des facteurs de protection dont la présence atténue le risque de subir des abus physiques. Nous nous inspirons ici des facteurs de protection qui ont été dégagés dans le cadre des formations à la détection des mauvais traitements, données par le Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociales (CLIPP). Ces facteurs sont reliés à certaines caractéristiques de l'enfant, des parents et de la famille, de l'environnement et de la communauté, ainsi que de la société en général.

La présence de ces caractéristiques augmente les capacités des enfants à se protéger contre les abus physiques et les mauvais traitements en général.

Tableau 16 Facteurs de protection contre les abus physiques³⁴

INDIVIDUELS	PARENTS/FAMILLE
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Être de sexe féminin. ▶ Le tempérament (notamment la sociabilité, la bonne humeur et l'optimisme). ▶ L'estime et la perception positive de soi. ▶ Les habiletés intellectuelles. ▶ Le rendement et l'ajustement scolaires positifs. ▶ La compétence sociale. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Être une famille biparentale biologique. ▶ Avoir des grossesses distancées et désirées. ▶ Présence de la famille élargie. ▶ Présence d'un réseau social. ▶ Reconnaissance et traitement des antécédents de maltraitance et d'abus. ▶ Être stable en emploi.
ENVIRONNEMENT/COMMUNAUTÉ	SOCIÉTÉ
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Un réseau social d'amis et d'adultes dans l'entourage. ▶ Participation à des activités sportives. ▶ Accès aux ressources du quartier. ▶ Connaissance des services. ▶ Participation à des activités collectives et des groupes d'entraide. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Politiques familiales d'accès à des services de garde, de congés parentaux et de conciliation travail/famille. ▶ Faible seuil de tolérance à la violence.

1.5 Les effets des abus physiques

Subir des abus physiques entraîne des effets sur le développement physique, cognitif, social et affectif.

Plus l'enfant est jeune lorsque débutent les abus, plus les problèmes de développement risquent d'être étendus et profonds, en particulier si les abus continuent. Les effets résiduels des abus sur le développement subséquent sont **cumulatifs**, surtout si l'enfant n'a pas bénéficié d'une intervention appropriée.

De façon générale, plus les abus sont **fréquents**, plus leurs effets sont dévastateurs. Un préadolescent ou un adolescent maltraité de façon permanente est plus susceptible de présenter des problèmes de développement qu'un enfant qui a subi des abus de façon sporadique, tout en recevant autrement des soins appropriés.

Plus les abus sont **graves**, douloureux et handicapants, plus les problèmes de développement risquent d'être profonds et étendus chez l'adolescent et l'adulte ultérieurement.

Les abus infligés par les parents risquent d'avoir des effets plus graves que ceux infligés par des étrangers, à cause du risque de rupture du lien de confiance et de protection parent/enfant. Plusieurs études ont aussi fait le lien entre les abus subis dans l'enfance et la qualité du lien d'attachement, et entre les abus et les problèmes de santé mentale.

³⁴ Remerciements à Mme Michèle Poirier qui nous a permis d'utiliser les informations de son diaporama (CLIPP, 2007).

Certains enfants semblent manifester moins de séquelles, ils ont développé une capacité de résilience³⁵ qui leur permet de se développer en dépit des abus physiques subis dans l'enfance.

Le contexte familial joue un rôle important sur les effets qu'auront les abus physiques sur le développement d'un enfant. Les abus physiques peuvent être circonstanciels à une situation de crise ou de stress, ou la manifestation d'une dynamique de mauvais traitements présente dans le fonctionnement de la famille.

Le tableau qui suit présente les effets possibles selon l'âge de l'enfant³⁶.

³⁵ Définie et décrite dans les « *Définitions* » au début du programme.

³⁶ L'ensemble de cette rubrique est inspiré de Rycus et Hughes, 2005, vol III.

Tableau 17**Effets des abus physiques selon l'âge du jeune****Les nourrissons**

DÉVELOPPEMENT PHYSIQUE	DÉVELOPPEMENT COGNITIF	DÉVELOPPEMENT SOCIAL	DÉVELOPPEMENT AFFECTIF
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Dommages cérébraux graves qui peuvent résulter en : cécité, surdité, épilepsie, paralysie cérébrale, coma, etc. ▶ Divers degrés de déficit sensoriel, moteur ou du système nerveux. ▶ Handicap physique. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Déficience intellectuelle. ▶ Retard de la capacité de langage. ▶ Apathie, indifférence. ▶ Désintérêt pour la manipulation d'objets. ▶ Inactivité, manque de curiosité. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Perception des rapports interpersonnels comme douloureux et imprévisibles. ▶ Peu d'anxiété de séparation; mauvaise discrimination entre les personnes importantes. ▶ Communication verbale et non verbale faible. ▶ Capacité de jeu rudimentaire. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Interférence avec le processus d'attachement et la confiance de base. ▶ Attachement insécure ou aucun lien d'attachement. ▶ Signes de détresse et de perturbation affective. ▶ Auto-stimulation, balancement; état de sidération; peur.

Les enfants d'âge préscolaire

DÉVELOPPEMENT PHYSIQUE	DÉVELOPPEMENT COGNITIF	DÉVELOPPEMENT SOCIAL	DÉVELOPPEMENT AFFECTIF
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Retard de croissance physique. ▶ État malade et plus sujet à des maladies respiratoires et digestives. ▶ Manque de tonus, de force. ▶ Maladresse motrice. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Retard de développement du langage, de l'usage de la parole. ▶ Mauvaise articulation et prononciation. ▶ Retard dans les habiletés cognitives. ▶ Capacité courte d'attention, manque d'intérêt. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Contacts non sélectifs, superficiels ou collants et étroits. ▶ Peut paraître isolé et retiré. ▶ Difficultés de relations dans les jeux. ▶ Manque d'habiletés, d'intérêt et de curiosité pour explorer et expérimenter. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Estime et image de soi comme mauvais. ▶ Craintif, terrorisé facilement. ▶ Symptômes du trouble de stress post-traumatique (TSPT)³⁷. ▶ Faible estime de soi, faible contrôle des impulsions. ▶ Détachement affectif et émotionnel. ▶ Humeur changeante, anxiété. ▶ Autostimulation; énurésie.

³⁷ Défini et décrit dans le tronc commun du programme, encart page 17.

Tableau 17**Effets des abus physiques selon l'âge de l'enfant (suite)****Les enfants d'âge scolaire**

DÉVELOPPEMENT PHYSIQUE	DÉVELOPPEMENT COGNITIF	DÉVELOPPEMENT SOCIAL	DÉVELOPPEMENT AFFECTIF
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Séquelles permanentes au cerveau dans les cas de coups et blessures à la tête. ▶ Image dépréciée du corps. ▶ Refus des activités de développement physique qui permettent de voir les marques de coups. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Perte de confiance en soi. ▶ Rendement scolaire affecté par le manque de confiance et de persévérance. ▶ Manque de concentration. ▶ Manque d'intérêt pour les activités qui demandent de l'initiative. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Perception fautive des moyens d'influencer les situations. ▶ Manque de confiance et éloignement des adultes. ▶ Isolement et pseudo indépendance/attention et manipulation excessive. ▶ Sentiment d'infériorité vis-à-vis les pairs. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Estime de soi non construite. ▶ Anxiété et pertes de contrôle. ▶ Symptômes du TSPT. ▶ Impulsivité et incapacité de supporter les délais. ▶ Prendre des rôles et responsabilités d'adultes.

Les adolescents

DÉVELOPPEMENT PHYSIQUE	DÉVELOPPEMENT COGNITIF	DÉVELOPPEMENT SOCIAL	DÉVELOPPEMENT AFFECTIF
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Honte et gêne de son corps qui porte des marques ou des cicatrices. ▶ Retard de croissance. ▶ Rejet d'un corps qui est perçu comme inadéquat. ▶ Troubles de l'alimentation et de l'hygiène. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Erreurs de pensée à propos des séquelles des abus sur le fonctionnement physiologique. ▶ Retard du développement de la pensée formelle. ▶ Manque de concentration, impulsivité. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Sentiment d'infériorité. ▶ Recherche de pairs perçus comme forts et protecteurs; gangnisme. ▶ Manque de confiance en tous les adultes en autorité. ▶ Réactions agressives à l'égard des parents. ▶ Isolement, retrait/surexcitation, suraffirmation de soi. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Identification à l'agresseur; de agressé à agresseur. ▶ Reproduction de la violence et des abus. ▶ Symptômes du TSPT. ▶ Identité basée sur la force ou sur la vulnérabilité; être fort ou être victime. ▶ Instabilité émotionnelle, anxiété.

1.6 La détection des abus physiques

La connaissance des **facteurs de risque** permet à l'intervenant d'être à l'affût des situations et des caractéristiques qui augmentent l'occurrence éventuelle d'abus. La présence **d'indicateurs de comportements** dans ces situations, permet de détecter la présence possible d'abus physiques.

Le tableau de la page suivante présente des indicateurs de comportements qui peuvent être des indices d'abus physiques.

Tous les intervenants qui entrent en contact avec l'enfant doivent connaître ces indicateurs pour se mettre en alerte lorsqu'ils apparaissent, lors des contacts avec l'enfant et ses parents, que ce soit à l'école, au CPE, à l'hôpital, au CSSS, en famille d'accueil, en ressource intermédiaire ou ailleurs.

À part la présence d'une blessure, d'une brûlure ou d'une intoxication qui a peu de risque d'être accidentelle, les indicateurs reliés à l'enfant sont à interpréter en se demandant si le comportement peut être relié à une autre problématique que celle des abus physiques. C'est ce qu'on appelle une méthode par élimination.

Si le comportement des parents s'apparente à beaucoup d'égards à ceux présentés dans le tableau des indicateurs, il est important d'examiner plus à fond la situation.

Une méthode suggérée est la méthode **CHEF** pour déterminer la pertinence de considérer la situation sous l'angle des abus physiques :

- C** **Chronicité** de l'événement; la répétition de la situation en augmente la gravité.
- H** **Histoire** de l'événement; la vraisemblance; la concordance entre l'enfant et le parent; la clarté du déroulement.
- E** **Endroit** des blessures; certaines blessures ne peuvent se faire en jouant lors d'un contact physique habituel parent/enfant.
- F** **Forme** des blessures ne correspond pas à des situations normales de la vie quotidienne (documentation du Dr Labbé).

Dans une situation d'allégation d'abus physiques détectée par toute personne ou professionnel en contact avec l'enfant, ou suite à un dévoilement ou une plainte par l'enfant ou le parent, **le signalement à la DPJ est obligatoire et immédiat**, et enclenche la procédure sociojudiciaire de **l'Entente multisectorielle** (Annexe 1, tronc commun), en conformité avec les balises prévues dans le « *Protocole d'entente relativement à l'application de l'Entente multisectorielle sur les abus physiques* » (2006) entre la DPJ et les SPG de la Montérégie.

Tableau 18 Indicateurs de comportements ou signes d'alerte à observer*

Lors d'entrevues ou contacts avec l'enfant, les parents, autres membres de la famille		
En regard de l'enfant	En regard des parents	En regard de l'interaction parent/enfant
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Toute blessure, brûlure, intoxication non accidentelle ou dont l'origine n'est pas évidente de prime abord. ▶ Tristesse, dépression, colère, agitation, manipulation, fabulation, agressivité, inhibition. ▶ Expression d'une crainte anormale à l'égard de ses parents. ▶ Désir de l'enfant de rester à l'école ou à la garderie plutôt que de rentrer à la maison. ▶ Lacunes au plan de l'alimentation, des soins médicaux et des vêtements. ▶ Méfiance à l'égard de contacts physiques et tendance à éviter des relations étroites avec autrui. ▶ Comportements violents à l'égard des pairs. ▶ Cruauté à l'égard des animaux. ▶ Comportement quelquefois imprévisible et régressif : mouiller sa culotte, sucer son pouce, pleurnicher fréquemment, devenir agité, hyperactif ou indûment timide et passif. ▶ Fréquentation scolaire ou en garderie irrégulière, soit parce que les parents gardent leur enfant brutalisé à la maison jusqu'à ce que les preuves aient disparu, ou parce que les parents sont indifférents ou n'arrivent pas à astreindre l'enfant à un horaire régulier. ▶ Présence d'une fatigue excessive. ▶ Difficile à consoler. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Refus de donner volontairement des renseignements sur la maladie ou la blessure de l'enfant. ▶ Réactions de colère quand on leur pose des questions, même si au départ ces questions n'ont pas un caractère accusateur. ▶ Discordance entre la version des parents et l'état de l'enfant; versions non plausibles ou contradictoires, refus de consentir à des examens diagnostiques. ▶ Peu ou pas de visites si l'enfant est hospitalisé. ▶ Empressement inusité à quitter rapidement la salle d'urgence, la clinique, le bureau ou l'unité de soins interne. ▶ Perte facile de contrôle ou expression d'une crainte de perdre le contrôle à l'égard de l'enfant. ▶ Tendance à rendre responsable un membre de la famille ou une tierce personne des blessures subies par l'enfant ou tout simplement d'indiquer sur un ton malveillant que l'enfant s'est blessé lui-même. ▶ Refus de participer aux rencontres ou aux activités organisées par l'école ou la garderie ou forte tendance à s'isoler. ▶ Absence ou peu d'inquiétude au sujet de la blessure elle-même, du traitement ou du pronostic. ▶ Forte méfiance et difficultés à les rejoindre. ▶ Attentes souvent disproportionnées compte tenu de l'âge et des capacités de l'enfant. ▶ Absence de reconnaissance des qualités positives chez leur enfant. ▶ Compréhension très limitée des besoins physiques, affectifs et psychologiques de l'enfant. ▶ Insistance pour que l'enfant rentre à la maison lorsqu'on leur pose des questions sur les problèmes présentés par l'enfant. ▶ Peu d'intérêt manifesté sur les soins que l'état de l'enfant nécessite. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Impatience devant les pleurs de l'enfant. ▶ Manque de contacts visuels, tactiles ou verbaux avec l'enfant. ▶ Absence de plaisir avec le bébé. ▶ Bébé tenu comme un paquet ou à distance. ▶ Incapacité de consoler l'enfant. ▶ Soins donnés de façon mécanique. ▶ Correction physique de l'enfant durant l'attente ou l'entrevue. ▶ Critique constante de l'enfant. ▶ Perception très négative de leur enfant et tendance à le dévaloriser.

* Cette synthèse des indicateurs est issue des travaux de Lise Bouchard des Centres jeunesse de Montréal, de John R. McDonald, du Ministère des Services sociaux et communautaires de Toronto et du Dr Jean Labbé du CHUL.

* Noter que plusieurs des éléments mentionnés dans la colonne concernant les parents sont conformes à ceux présentés par le PNF.

Chapitre 2 : Le processus d'intervention clinique dans les situations d'abus physiques

Le tronc commun a décrit comment le PIC s'appliquait à toutes les situations de violence familiale. Nous ne spécifierons ici que les éléments particuliers aux situations d'abus physiques.

Les étapes du processus d'intervention sont :

- ▶ La collecte des données.
- ▶ L'analyse des données.
- ▶ La planification de l'intervention (Plan d'intervention élaboré, réalisé et révisé).

2.1 La collecte des données (RTS et E/O)

La collecte des données commence dès la réception du signalement au service de RTS et l'intervenant recueille suffisamment d'informations sur la situation et la crédibilité du signalant pour décider si le signalement doit être retenu pour évaluation.

La collecte des données effectuée par l'intervenant E/O pour statuer sur la compromission de la sécurité ou du développement dans une situation d'allégation d'abus physiques s'appuie sur :

- ▶ Le dévoilement fait par l'enfant victime et la description des gestes abusifs.
- ▶ Toute information corroborante fournie par le parent non-abuseur et/ou la fratrie.
- ▶ Les preuves matérielles recueillies dans l'environnement où s'est produit l'abus.
- ▶ Les données et résultats de l'examen médical³⁸ de la victime, le cas échéant :
 - Le besoin de soins médicaux immédiats et à prescrire.
 - Le soutien de la preuve d'abus physiques.
 - La recherche de conséquences plus occultes, mais non moins importantes pour le développement de l'enfant.
- ▶ Tout élément ou fait corroborant fourni par des témoins, incluant la fratrie et d'autres enfants qui ont été aussi agressés, ou provenant de personnes qui ont vu ou entendu parler des actes abusifs.
- ▶ La présence d'indicateurs comportementaux chez l'enfant abusé.
- ▶ L'aveu direct de l'abuseur.

En plus des informations recueillies auprès des personnes impliquées, l'intervenant collecte des données auprès de l'enfant au moyen d'une « entrevue d'investigation » réalisée conjointement avec un policier affecté à ce type de situation³⁹.

³⁸ Les pédiatres membres de l'AMPEQ (liste dans le « Répertoire des activités cliniques »), sont reconnus comme des experts en protection de l'enfance et en mesure de soutenir le DPJ dans l'interprétation des blessures subies par un enfant ou un adolescent. De plus, sur le territoire des CSSS Champlain, du Vieux-Longueuil et de la Jemmerais, le « Carrefour sociomédical du Grand Longueuil » est un Centre d'expertise en maltraitance, qui offre le service d'examen médical approprié aux situations d'abus physiques.

³⁹ En conformité avec la procédure sociojudiciaire de l'« Entente multisectorielle... ».

Pour poursuivre l'évaluation en vue de procéder à l'analyse et l'orientation de la situation vers une mesure appropriée, la collecte des données présentée dans la première partie du programme est adéquate. Nous la rappelons et ajoutons ici les aspects qui sont plus spécifiques aux abus physiques.

- | | |
|--|--|
| Caractéristiques de l'enfant | <ul style="list-style-type: none"> ▶ Type d'abus physiques subis :
Séquelles apparentes : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Blessures, marques, etc. ▪ Sur le fonctionnement : anxiétés, peurs, conduites excessives, inappropriées. ▪ Sur le développement (GED ou Grille de développement). ▪ Symptôme d'un Trouble de stress post-traumatique. ▶ Concomitance avec d'autres situations de violence. |
| Caractéristiques du parent en tant qu'adulte | <ul style="list-style-type: none"> ▶ Antécédents d'abus physiques subis. ▶ Contexte de violence conjugale. ▶ Antécédents d'abus physiques sur des enfants. ▶ Une problématique individuelle : trouble de santé mentale, déficience intellectuelle, trouble neurologique, problème de dépendance. |
| Caractéristiques du parent en tant que parent | <ul style="list-style-type: none"> ▶ Antécédents de mauvais traitements envers l'enfant ou d'autres enfants de la famille. ▶ Capacité de protéger contre les abus. ▶ Capacité à répondre aux besoins de l'enfant. |
| Les relations familiales | <ul style="list-style-type: none"> ▶ Antécédents d'abus physiques dans la famille. ▶ État de la relation entre la fratrie et l'enfant abusé. ▶ Correspondance avec un type de familles maltraitantes (Annexe 5). |
| Relation avec le milieu social | <ul style="list-style-type: none"> ▶ Facteurs de stress familiaux (maladie, décès, emploi, argent, logement, etc.). ▶ Personnes de soutien pour préparer des scénarios de protection. |
| Relation avec les services | <ul style="list-style-type: none"> ▶ Services antérieurs reçus ou refusés par rapport à des situations d'abus physiques ou d'autres mauvais traitements. ▶ Accès aux services. |

Les outils cliniques qui supportent la collecte des données à l'étape orientation ou lors de la planification de l'intervention, sont ceux indiqués dans le tronc commun :

- ▶ L'entrevue d'investigation, avec la grille de Yuille, dans tous les cas.
- ▶ Échelle post-traumatique pour enfants (état psychologique consécutif aux abus), lorsque des symptômes apparaissent.

2.2 L'analyse (E/O et A/M à chaque révision du PI ou de la situation)

L'analyse se base d'abord sur ce qui est défini dans le tronc commun du programme : elle consiste à établir les liens entre :

- ▶ Les faits relatifs aux abus physiques, leurs circonstances, leurs séquelles, tels que recueillis lors de l'entrevue d'investigation, les observations directes et le contact avec les personnes en cause.
- ▶ Les données recueillies à partir du modèle multidimensionnel.
- ▶ Les éléments reliés au fonctionnement de la famille :
 - Similitude avec les caractéristiques communes aux familles aux prises avec des problèmes d'abus et de violence.
 - Similitude avec le fonctionnement des familles maltraitantes (Annexe 5).
- ▶ La reproduction intergénérationnelle des abus physiques ou autres.
- ▶ Les facteurs individuels aggravants associés aux abus physiques.

L'intervenant formule une hypothèse systémique qui établit le rôle joué par les divers facteurs inventoriés dans l'émergence et le maintien des abus physiques, et du sens qu'ils ont dans l'équilibre et le fonctionnement de la famille.

L'estimation des déterminants permet de comprendre jusqu'à quel point les parents :

- ▶ Reconnaittent la gravité des gestes, et s'il y a lieu, la dynamique en cause.
- ▶ Sont capables d'apporter les correctifs à la situation (protéger l'enfant et développer leurs capacités).
- ▶ Sont motivés et disposés à le faire avec l'aide des intervenants et des services nécessaires.

2.3 La planification de l'intervention (A/M)

LES CIBLES DE L'INTERVENTION

Deux cibles sont à atteindre dans l'élaboration des objectifs spécifiques dans les situations d'abus physiques (à partir du « *Cadre de référence en matière de mauvais traitements physiques faits aux enfants* » de l'ACJQ, 1998) :

- ▶ La protection des enfants.
- ▶ Le traitement : le maintien, le rétablissement, le développement des compétences des parents et des enfants à assurer un milieu de vie sans abus physiques.

Nous présentons les cibles à viser pour la famille et chacun de ses membres, concernant chacune des priorités. Le tout doit être adapté à la situation précise de la famille et élaboré avec elle pour que cela devienne des objectifs spécifiques d'un plan d'intervention ou d'un plan de services individualisé (PI ou PSI).

Tableau 19**Cibles de l'intervention**

Le jeune victime	
Priorité : protection	Priorité : traitement
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Lui assurer un milieu de vie où il est protégé contre les abus physiques. ▶ Augmenter sa capacité à utiliser des scénarios de protection et des mécanismes d'appel à l'aide qui tiennent compte de son âge et de son développement : avec des personnes et ressources du milieu, de la famille élargie. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Contrer les effets directs des abus physiques reliés à son état de santé, à son état de stress post-traumatique. ▶ Se déculpabiliser de la responsabilité des gestes posés par l'abuseur; explorer et comprendre son point de vue sur les abus, le rôle et la responsabilité qu'il s'attribue dans la situation. ▶ Consolider ses compétences concernant son adaptation et ses habiletés sociales (résolution de conflits, isolement, estime de soi, gestion de la colère, expression de soi). ▶ Explorer et comprendre son point de vue sur sa famille, les rôles de chacun, les conflits, les changements que la situation provoque. ▶ Diminuer les troubles de la conduite qui exacerbent les tensions familiales; prévenir et traiter la reproduction des conduites d'abus physiques.
La fratrie	
Priorité : protection	Priorité : traitement
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Assurer qu'elle ne devient pas à son tour victime d'abus physiques. ▶ La maintenir informée du processus en cours et des mesures de protection touchant les autres jeunes. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Identifier les cibles précédentes qui s'appliquent aux membres de la fratrie qui sont victimes d'abus physiques. ▶ Prévenir et traiter la reproduction des conduites d'abus physiques.

Tableau 19**Cibles de l'intervention (suite)**

Le parent non-abuseur	
Priorité : protection	Priorité : traitement
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Être soutenu dans le respect des interdits, sa collaboration aux mesures et aux scénarios de protection pour lui et les jeunes. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Être soutenu sur le plan personnel : <ul style="list-style-type: none"> • Se défaire du blâme que lui fait porter l'agresseur pour les gestes d'abus physiques posés sur les enfants. • Être soutenu par rapport à la difficulté à affronter la situation; à comprendre l'impact des gestes sur la famille et à enrayer la dynamique de la violence. • Explorer et comprendre la place et le rôle des abus physiques et de la violence dans son histoire et sa vie actuelle. • Être soutenu dans le questionnement que la situation apporte sur sa vie de couple. ▶ Être soutenu en tant que parent : <ul style="list-style-type: none"> • Demeurer impliqué dans la collaboration avec les services offerts aux jeunes victimes d'abus physiques. • Améliorer ses compétences parentales générales et spécifiques à répondre aux besoins de développement des jeunes. • Consolider sa relation avec le jeune.

Le parent abuseur	
Priorité : protection	Priorité traitement
<ul style="list-style-type: none"> ▶ S'assurer qu'il cesse les abus physiques et les gestes de violence. ▶ Susciter le respect des interdits, sa collaboration aux mesures et aux scénarios de protection destinés aux jeunes. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Favoriser son développement en tant que personne : <ul style="list-style-type: none"> • En identifiant le sens et la fonction de la violence dans sa vie. • En suscitant son adhésion à un processus de changement par étapes (voir le détail des étapes dans le « Répertoire »). • En identifiant les ressources d'aide et de support à sa motivation et à sa disposition au changement. • Être soutenu dans le questionnement que la situation apporte sur sa vie de couple. ▶ Être soutenu en tant que parent : <ul style="list-style-type: none"> • Susciter sa collaboration avec les services offerts aux jeunes victimes d'abus physiques. • Améliorer ses compétences parentales générales et spécifiques à répondre aux besoins des enfants et à exercer sa responsabilité de protection contre les abus physiques. • Améliorer sa relation avec l'enfant.

Tableau 19 Cibles de l'intervention (suite)

La famille	
Priorité : protection	Priorité : traitement
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Se soutenir mutuellement pour assurer la protection des enfants, respecter les mesures de protection et utiliser les scénarios appropriés de protection. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ S'assurer que tous les membres de la famille participent et s'impliquent, dans la mesure de leurs capacités et leur développement, à l'établissement d'un fonctionnement familial sans violence. ▶ Accéder à des moyens qui contrent l'isolement social et les sources de stress, qui améliorent leur situation socio-économique, et qui atténuent la portée des facteurs de risque d'apparition des abus physiques inhérents à leur situation.

LES ACTIVITES CLINIQUES

Les objectifs spécifiques élaborés avec le jeune et sa famille seront atteints par les moyens (PIC, 2005) que le jeune et la famille prendront pour assurer la protection des enfants et développer ou restaurer leurs capacités parentales. Les objectifs seront aussi atteints par les activités cliniques (PIC, 2005) que les intervenants offriront au jeune et à sa famille. Ces activités cliniques seront aussi fournies par les établissements et les organismes communautaires, qui offrent des services complémentaires à ceux du CJM. Les pages qui suivent présentent un tableau de ces activités, toutes reprises en détail dans le « *Répertoire des activités cliniques* » qui accompagne le programme.

Tableau 20**Activités cliniques offertes au CJM**

Activité clinique	Acteurs et description	Clientèle
SUIVI INDIVIDUEL PSYCHOSOCIAL	<p>† <u>Intervenant psychosocial du CJM</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Créer et maintenir un lien avec les membres de la famille de façon à les accompagner tout au long du processus d'intervention (élaboration, mise en œuvre et révision d'un PI et PSI). ▶ Coordonner et faciliter l'accès aux services nécessaires à chacun des membres de la famille (enfants, parents, agresseur). ▶ Faciliter et susciter la convergence entre les interventions issues des divers réseaux de services oeuvrant auprès du jeune et sa famille (PSI). ▶ Obtenir les autorisations nécessaires pour suivre le cheminement et l'évolution de chacun dans les services reçus chez les partenaires. ▶ Susciter et soutenir le développement et l'utilisation de scénarios de protection et d'appel à l'aide. ▶ Susciter le rétablissement et le développement des habiletés nécessaires à leur développement (enfant et parents) et à l'exercice de leurs compétences parentales. ▶ Augmenter la compréhension du sens et du rôle de la violence et des abus dans leur vie actuelle et leur histoire, et faire le lien entre ce qu'ils ont vécu et ce qu'ils ont appris à faire (enfant et parents) : <ul style="list-style-type: none"> • Recadrage des perceptions de la situation, de ses effets, de ses conséquences sur les adultes et les enfants. • Identification des pensées automatiques et irrationnelles, des erreurs de pensée. • Établissement des liens entre les comportements, les expériences antérieures et les pensées automatiques et irrationnelles. • Pratique concrète d'alternatives aux comportements automatiques. • Etc. 	LES ENFANTS SIGNALÉS : VICTIMES, EXPOSÉS OU AGISSANTS LEURS PARENTS

Tableau 20 Activités cliniques offertes au CJM (suite)

Activité clinique	Acteurs et description	Clientèle
RENCONTRE FAMILIALE	<p>‡ <u>Intervenant psychosocial du CJM</u></p> <p>Intervention centrée sur le fonctionnement de la famille, mais seulement lorsque le cheminement de chacun fait en sorte que le risque de violence interpersonnelle et la reproduction de la problématique de violence, soient devenus faibles.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Développer des scénarios de prévention des abus physiques et de la violence. ▶ Redéfinir les rôles, les règles, les frontières, la communication entre les adultes et les enfants pour réduire le risque de résurgence des abus. 	FAMILLE
INTERVENTION DE RÉADAPTATION	<p>‡ <u>Intervenant éducateur du CJM</u></p> <p>Intervention individuelle ou de groupe auprès d'un enfant ou un adolescent, dans un cadre externe ou en internat, pour compléter l'intervention psychosociale :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Développer l'ensemble de ses forces du moi : ses compétences quant à son adaptation et ses habiletés sociales (résolution de conflits, isolement, estime de soi, gestion de la colère, expression de soi). ▶ Identifier des comportements qui apportent des conséquences négatives et leur apporter des alternatives. 	ENFANT ADOLESCENT : VICTIME, EXPOSÉ OU AGISSANT
PSYCHOTHÉRAPIE COURT TERME	<p>‡ <u>Intervenant psychologue du CJM</u></p> <p>Le support psychologique permet de soutenir à court terme l'intervention psychosociale :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ La psychothérapie court terme apporte au jeune un espace d'écoute qui permet de dénouer certains aspects de sa dynamique interne pouvant faire entrave à l'implication dans le suivi psychosocial ou d'autres activités cliniques appropriées à sa situation. 	ENFANT ADOLESCENT : VICTIME, EXPOSÉ OU AGISSANT
DÉVELOPPEMENT DE LA RELATION PARENT/ENFANT (6-12 ANS)	<p>‡ <u>Intervenant psychosocial et Éducateur Enfance du CJM</u></p> <p>Intervention qui développe simultanément les compétences parentales et les habiletés sociales des jeunes. Le fonctionnement familial est amélioré au travers le développement d'une interaction plus positive entre le parent et le jeune et du temps de qualité entre eux, dans le groupe et ensuite dans la vie quotidienne.</p>	PARENT/ENFANT

Tableau 20 **Activités cliniques offertes au CJM (suite)**

Activité clinique	Acteurs et description	Clientèle
GROUPE DE PARENTS	† <u>Intervenant psychosocial et Éducateur CSRE du CJM</u> Intervention qui fournit aux parents des méthodes éducatives adéquates pour améliorer le fonctionnement de la famille au point de vue de la compréhension des besoins des enfants, des règles, de la communication, de la résolution des conflits, etc., par le partage en groupe, l'apprentissage de nouveaux comportements et leur utilisation dans la vie quotidienne de la famille.	PARENTS

Tableau 21

Activités offertes par des établissements et des organismes communautaires

Activité clinique	Acteurs et description	Clientèle
EXPERTISE, ÉVALUATION ET SUIVI MÉDICAL	<p>† <u>Intervenant</u> d'un établissement médical</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Centre hospitalier (pédiatrie et pédopsychiatrie). ▶ Clinique médicale. ▶ Carrefour sociomédical (Longueuil). <p>Intervention qui permet, via une expertise, d'évaluer l'état physique et les dommages à la santé physique et psychique d'un enfant, d'un adolescent victime d'abus physiques et assurer un suivi médical dans la situation.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Accompagnement des intervenants du Centre jeunesse lors de l'évaluation du signalement. ▶ Évaluation médicale et traitement immédiat. ▶ Élaboration d'un plan d'intervention adapté. ▶ Expertise auprès de la Chambre de la jeunesse. ▶ Évaluation médicale du niveau de développement physique. ▶ Suivi médical régulier. 	ENFANTS ADOLESCENTS : VICTIMES

Activité clinique	Acteurs et description	Clientèle
LA THÉRAPIE INDIVIDUELLE OU DE GROUPE	<p>† <u>Thérapeute</u> spécialisé dans les cas de jeunes victimes de violence oeuvrant dans un établissement ou organisme communautaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ CSSS. ▶ IVAC. <p>Permet aux individus de :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Réduire à court ou à moyen terme les séquelles psychologiques résultant des abus physiques, les entraves à leur fonctionnement, les écueils dans le développement de leur personnalité. ▶ Sortir de leur isolement et éviter la stigmatisation. ▶ Faciliter la réparation du trauma. ▶ Rétablir la confiance aux autres. 	ENFANT ADOLESCENT : VICTIME

Tableau 21 **Activités offertes par des établissements
et des organismes communautaires (suite)**

Activité clinique	Acteurs et description	Clientèle
LA THÉRAPIE INDIVIDUELLE OU DE GROUPE	<p>† <u>Thérapeute</u> spécialisé dans les cas d'adultes violents oeuvrant dans un établissement ou un organisme communautaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ CSSS. ▶ Ressources pour hommes violents : type <i>Après Coup, Via l'anse</i>, etc. <p>Permet aux individus de :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Entreprendre une démarche d'introspection et de changements pour renoncer à l'usage de la violence dans leurs relations interpersonnelles, selon diverses approches adaptées à leurs besoins : <ul style="list-style-type: none"> • Le traitement cognitivo behavioriste. • La prévention de la récidive (chaîne délictuelle). • La modification des erreurs de pensée. • L'entraînement aux habiletés sociales. • La résolution de problèmes. 	PARENT AGRESSEUR

Tableau 21 **Activités offertes par des établissements et des organismes communautaires**

Activité clinique	Acteurs et description	Clientèle
INTERVENTION INDIVIDUELLE ET DE GROUPE AUPRÈS DE FEMMES VIOLENTEES ET EN DIFFICULTÉ	<p>‡ <u>Intervenante</u> d'une maison d'hébergement</p> <p>Intervention individuelle ou de groupe qui permet :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ D'assurer une sécurité physique et un soutien émotionnel aux femmes en difficulté et à leurs enfants qui y sont hébergés : <ul style="list-style-type: none"> • Suivi et accompagnement en hébergement. ▶ D'aider les femmes et leurs enfants à développer leur capacité de s'affirmer et à rompre avec leur vécu de violence dans une démarche de dé-victimisation : <ul style="list-style-type: none"> • Rencontre éclair de clarification de la situation. • Suivi individuel. • Groupe de soutien. • Intervention familiale mère/enfant. 	FEMMES VIOLENTEES ET EN DIFFICULTÉ, SEULES OU AVEC LEURS ENFANTS

Activité clinique	Acteurs et description	Clientèle
ACTIVITÉS DE SOCIALISATION ATELIER DE STIMULATION ACTIVITÉS D'EXPRESSION GROUPES DE SOUTIEN	<p>‡ <u>Intervenant</u> d'un établissement ou d'un organisme communautaire</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Centre de jour. ▶ Centre de la petite enfance. ▶ ESPACE (Prévention des abus faits aux enfants). ▶ Milieu scolaire. ▶ Colonies de vacances. ▶ CSSS. ▶ Maisons de la famille. <p>Interventions diverses qui permettent aux enfants et adolescents de compléter et poursuivre le développement de leurs compétences sociales et personnelles.</p>	ENFANTS 0-5 ANS, 6-12 ANS, 12-18 ANS

Activité clinique	Acteurs et description	Clientèle
INTERVENTION EN TOXICOMANIE SANTÉ MENTALE PSYCHIATRIE	<p>‡ <u>Intervenant</u> d'un établissement ou un organisme communautaire spécialisé</p> <p>Intervention souvent nécessaire pour compléter l'intervention en violence, la toxicomanie et les troubles de santé mentale étant souvent associés à la problématique de violence.</p>	ADULTES

Ces activités, au besoin, seront poursuivies après l'intervention dans le cadre de la LPJ. D'autres organismes peuvent être mis à contribution dans l'intervention pour répondre à des besoins particuliers de la famille : consultation budgétaire, banque de vêtements, de nourriture, de biens, loisirs adaptés, accompagnement, etc.

Conclusion

Le module concernant les abus physiques rappelle aux intervenants que les abus physiques peuvent être des sévices subis par l'enfant, comme le fait de méthodes éducatives excessives, ou des abus de soins comme dans certains syndromes. Le module offre des points de repère pour interpréter la portée de la correction physique.

Il rappelle que la sécurité et le développement, tels que définis par la LPJ, sont les balises communes à toutes les familles québécoises, toutes origines confondues, quel que soit le contexte culturel et familial dans lequel se développe l'enfant.

Les facteurs de risque, les effets des abus physiques sur le développement, les indicateurs de comportements, ainsi que la distinction entre des marques et blessures reliées à des abus et celles qui sont l'effet d'évènements de la vie quotidienne, sont essentiels pour permettre de détecter la présence de situations d'abus physiques.

Il demeure important de se rappeler qu'il n'est pas seulement question de gestes et de marques, mais aussi de climat de violence dans la famille et d'effets traumatiques à plus long terme sur le fonctionnement et le développement des enfants. Les abus physiques peuvent aussi être concomitants avec d'autres situations de violence dans la famille.

L'usage de l'entrevue d'investigation, comme méthode privilégiée d'entrevue lors de situations d'abus, est réaffirmé et balisé.

Les cibles de l'intervention fournissent des pistes à l'intervenant pour élaborer le plan d'intervention avec le jeune et sa famille, autant en ce qui concerne le développement du jeune qu'en ce qui a trait au développement des compétences parentales, en collaboration avec les partenaires éventuels.

Annexe

Annexe 5 : Typologie des familles maltraitantes

Annexe 5 :

Typologie des familles maltraitantes

	Familles abusives	Familles abusives et négligentes	Familles marginalement maltraitantes	Familles négligentes	Familles non maltraitantes
1) Habiletés	Études secondaires complétées ou presque. Occupent un emploi ou employables.	Bon éventail d'habiletés, mais études secondaires non complétées. OU Sans emploi ou changement fréquent.	Savent lire et écrire, mais études secondaires non complétées. Histoire d'emplois intermittents. Pauvreté des habiletés interpersonnelles engendrant des pertes d'emploi.	Généralement illettrées, en moyenne une huitième année scolaire. Quotient intellectuel inférieur, fréquentation de classes spéciales pour déficients intellectuels. Certains ont un diagnostic de dépression; plusieurs semblent déprimés. La majorité sans emploi.	Études secondaires complétées ou presque, bien que certains parents présentaient des déficiences intellectuelles. Occupation habituelle d'un emploi et subsistance assurée par leurs propres moyens.
2) Structure familiale	Conjoint présent et actuellement marié avec la mère. Une relation avec le partenaire qui est caractérisée par la violence et la détresse. Jeunes familles avec peu d'enfants.	Familles avec antécédents d'abus ou de négligence et incapables de faire face à la pression de plusieurs enfants. Instabilité et présence de plusieurs partenaires. Relations familiales caractérisées par la violence.	Mariées ou vivant avec un conjoint de fait ou monoparentale. Instabilité et violence, relation avec le conjoint de type maternel. Changements fréquents de figures paternelles pour les enfants.	Conjoint présent ou présence de sa propre mère ou d'un ami de cœur. Relation superficielle avec son conjoint, mais non hostile ou violente. Jeune famille avec peu d'enfants.	Présence de tous les types, mais prédominance des couples mariés. Relation supportante entre la mère et son conjoint.
3) Antécédents familiaux des parents	Rudesse et/ou négligence de leurs parents. Rudesse maintenant perçue nécessaire par les parents.	Antécédents de mauvais traitements. Relations couramment peu harmonieuses avec leurs parents.	Très variés, allant de très pauvres à assez supportants.	Négligence significative vécue durant leur enfance.	Expériences de mauvais traitements ou de parents alcooliques pour le tiers de ces parents. Expression habituelle de sentiments d'amour et de respect à l'égard de leurs parents et désir de les imiter.
4) Attentes	Tentatives pour être des parents parfaits. Désir que les enfants donnent une bonne image à leurs parents, qu'ils soient sages et aient de bons résultats. Critères de compétences parentales trop élevés.	Attentes très élevées ou absence d'attentes à l'égard de leurs enfants. Veulent seulement la paix ou la tranquillité, à l'écart de la désorganisation.	Attentes peu consistantes à l'égard des enfants. Changements fréquents des règles pour faire face aux situations. Les enfants n'ont généralement pas besoin de satisfaire des besoins parentaux pour faire des performances exceptionnelles ou pour prendre soin de leurs parents.	Subsistance au jour le jour, absence de plans et d'attentes.	Désir de voir leurs enfants heureux, compétents et devenir des adultes responsables. Reconnaissance des différences individuelles de leurs enfants.

	Familles abusives	Familles abusives et négligentes	Familles marginalement maltraitantes	Familles négligentes	Familles non maltraitantes
5) Réseau de support	Réseau de relations conflictuelles et à court terme. Peu de relations réciproques et à long terme. Déménagements fréquents.	Relations familiales et personnelles acrimonieuses. Isolées par l'entourage.	Liens familiaux forts, mais inconstants. Amis et voisins supportants. Alliances changeantes au sein de la famille et des amis.	Contacts quotidiens avec les membres de la famille élargie. Obtention d'un support au plan matériel, mais non au plan émotif et intellectuel. Des modalités de support très pauvres.	Contacts fréquents avec plusieurs membres de la famille et avec des amis de longue date. Aide et support réciproque.
6) Développement de stratégies parentales	Compréhension et utilisation du pouvoir. Recherche la domination lorsque possible, mais se soumettra à des gens plus puissants : ex-époux, tribunaux. Utilisation de méthodes punitives abusives pour élever leurs enfants.	La punition n'est pas utilisée systématiquement pour éduquer les enfants. Elle est une expression de frustration complète et d'impuissance.	Aucune consistance dans les stratégies parentales. Intervention lors des crises. La discipline est une expression de l'exaspération parentale, comme les émotions deviennent incontrôlées, la punition peut le devenir aussi.	Retrait de situations difficiles. Remise de l'exécution des tâches aux autres ou laisser-faire. Discipline rarement utilisée.	Ouverture et transparence dans l'expression de leurs sentiments et de leurs besoins. Croyance dans la coopération pour répondre aux besoins de chacun.
7) Les enfants	On remarque des comportements difficiles ou « d'acting out »; d'autres seront plutôt conformistes ou inhibés. Le conformisme réduit le risque d'abus physiques pour les enfants. On constate un renversement des rôles habituels chez les enfants qui se conforment. Certains enfants ne présentent aucun retard de développement alors que d'autres en présentent.	Hors contrôle : Ils ne peuvent faire l'apprentissage de négocier avec leurs parents comme des enfants abusés peuvent le faire. Ils ne peuvent, en toute confiance, ignorer leurs parents, tels que les enfants négligés peuvent le faire. Plusieurs difficultés sont présentes sur les plans : intellectuel, physique, émotif et comportemental.	Désorganisés, anxieux, difficiles à contrôler. Pleurent, s'accrochent et se disputent. Dérangent à l'école et à la maison dans le but d'attirer l'attention des adultes préoccupés.	Très passifs durant leur enfance. Quelquefois actifs lorsque plus âgés. Habilités limitées à une disponibilité aux autres. Retard significatif de développement.	Coopératifs aussi bien avec les adultes que les autres enfants. Sentiments de sécurité et, de ce fait, capacité d'explorer et d'apprendre en toute sécurité.
8) Pronostic	Avec traitement : très bon. Ces parents sont motivés, poursuivent des objectifs appropriés, sont intellectuellement compétents et comprennent le sens de l'autorité parentale.	Variable : Quelques-uns ayant de meilleures capacités intellectuelles et moins de tendances dépressives peuvent, avec des services bien adaptés et à long terme, démontrer des changements acceptables. Pour les autres, il n'y a pas de possibilités de changements; ils sentent qu'ils n'ont pas de contrôle sur leur vie.	Généralement bon si les ressources en situation de crise peuvent être offertes lorsque la famille apprend à se prendre en charge elle-même pour prévenir les futures situations de crise. Cependant, ces familles présentent un risque élevé pour une escalade vers la détresse et les mauvais traitements.	Très pauvre. Absence d'une perception par ces familles de possibilités de changements positifs. Potentiel intellectuel limité. Peu ou pas de compréhension de ce qui est nécessaire et pourquoi cela est important.	Habilités et ressources pour faire face à la plupart des crises familiales normales. Confiance en elles-mêmes pour rechercher et utiliser l'aide requise. Non immunisées contre les crises accablantes.

DEUXIÈME PARTIE

MODULE III

LES ABUS SEXUELS

Table des matières

INTRODUCTION	136
CHAPITRE 1 : LA PROBLÉMATIQUE DES ABUS SEXUELS	138
1.1 DÉFINITION	138
1.2 LES FORMES D'ABUS SEXUELS	139
1.3 LA PRÉVALENCE DES ABUS SEXUELS DANS LES SIGNALEMENTS.....	141
1.4 LES FACTEURS DE RISQUE ET PROTECTION	142
1.5 LES EFFETS DÉCOULANT DES ABUS SEXUELS.....	144
1.6 LA DÉTECTION DES ABUS SEXUELS	147
CHAPITRE 2 : LES CONDUITES SEXUELLES INAPPROPRIÉES.....	151
2.1 L'EXPLORATION SEXUELLE NATURELLE CHEZ LES ENFANTS	151
2.2 LES COMPORTEMENTS SEXUELS PROBLÉMATIQUES CHEZ LES ENFANTS.....	152
CHAPITRE 3 : LE PROCESSUS D'INTERVENTION CLINIQUE EN ABUS SEXUELS.....	156
3.1 LA COLLECTE DES DONNÉES (RTS ET E/O).....	156
3.2 L'ANALYSE (E/O ET A/M À CHAQUE RÉVISION DU PI OU DE LA SITUATION).....	158
<i>Les cibles de l'intervention.....</i>	<i>159</i>
<i>Les activités cliniques.....</i>	<i>162</i>
CONCLUSION	169
ANNEXES.....	170
ANNEXE 6 : ARTICLE 150,1, CODE CRIMINEL.....	171
ANNEXE 7 : COMPORTEMENTS NORMAUX OU PROBLÉMATIQUES RELATIFS AU SEXE ET À LA SEXUALITÉ.....	172

Liste des tableaux et encarts

ENCART :	LA NOTION DE CONSENTEMENT : POINTS DE REPÈRE	140
TABLEAU 22 :	FACTEURS DE RISQUE DE SUBIR DES ABUS SEXUELS. CARACTÉRISTIQUES DES ENFANTS	142
TABLEAU 23 :	FACTEURS DE RISQUE D'OCCURRENCE DES ABUS SEXUELS. CARACTÉRISTIQUES RELIÉES AUX PARENTS ET AUX FAMILLES	143
TABLEAU 24 :	FACTEURS DE PROTECTION CONTRE LES ABUS SEXUELS	144
TABLEAU 25 :	INDICATEURS D'ABUS SEXUELS POTENTIELS	148
TABLEAU 26 :	CIBLES DE L'INTERVENTION	159
TABLEAU 27 :	ACTIVITÉS CLINIQUES OFFERTES AU CJM	163
TABLEAU 28 :	ACTIVITÉS CLINIQUES OFFERTES PAR LES ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES COMMUNAUTAIRES	166

Introduction

Les abus sexuels constituent un problème social important, dont les principales victimes sont des femmes et des enfants. Ils portent atteinte à l'intégrité physique et psychologique des personnes qui en sont victimes, et entraînent des conséquences néfastes pour elles, ainsi que pour leur famille, leur entourage et l'ensemble de la société.

L'ampleur du phénomène des abus sexuels dont sont victimes les enfants, était plus ou moins connue jusqu'à l'avènement de la Loi sur la protection de la jeunesse en 1979, et la publication du rapport Badgley (1984) au Canada. Lorsque décelé, l'abus sexuel était davantage traité comme un problème familial et les situations étaient rarement judiciairisées. L'avènement de la LPJ, rendant le signalement obligatoire, a provoqué une réflexion sur la problématique des abus sexuels. La pratique professionnelle a dû se redéfinir, en tenant compte des impératifs de la Loi, et les intervenants confrontés à de nouveaux défis, ont cherché à briser leur isolement en observant ce qui se passait ailleurs. C'est ainsi que l'on a assisté au passage d'une pratique individuelle à une pratique plus concertée. La plupart des centres jeunesse ont créé des groupes d'intervenants spécialisés dans cette problématique. Ils se sont inspirés de l'approche de Giarretto en Californie (1976), centrée sur un traitement systémique et familial de l'abus sexuel.

En Montérégie, entre 1982 et 1990, la pratique spécialisée a permis de mettre sur pied des groupes de thérapies s'adressant aux adolescentes abusées, aux mères, aux parents des jeunes abusés et aux jeunes enfants abusés par des tiers. Cette pratique a ainsi donné lieu au développement d'une expertise en évaluation des situations d'abus sexuels. L'aboutissement de ces années de pratique spécialisée s'est concrétisé par la publication d'un « *Modèle d'évaluation et d'intervention psychosociale auprès des enfants abusés sexuellement et de leur famille* » (Prégent, Senécal-Brooks, 1991).

Le gouvernement du Québec a émis depuis 1984, diverses politiques en matière d'agressions sexuelles vis-à-vis les femmes et les enfants. Il a aussi élaboré à partir de 1990 une série d'ententes et de protocoles d'intervention concernant les abus sexuels dans les ressources intermédiaires (1990), les sectes (1991), le milieu scolaire (1992), le sport amateur (1994), les milieux de garde (1996).

Le gouvernement du Québec a défini les « *Orientations gouvernementales en matière d'agression sexuelle* » (Québec 2001), suite au rapport « *Les agressions sexuelles. Stop* » (Québec, 1995). De là découle « *L'Entente multisectorielle relative aux enfants victimes d'abus sexuels, de mauvais traitements physiques ou d'une absence de soins menaçant leur santé physique* » (Québec, 2001) qui est venue compléter le « *Guide d'intervention lors d'allégations d'abus sexuel envers les enfants* » (ACJQ, 2000).

La pratique clinique, ainsi que la préoccupation sociale quant à l'importance des services à rendre aux enfants et à leur famille dans les cas d'abus sexuels, ne fait plus de doute maintenant aux yeux de la société québécoise.

Ce module aborde la problématique des abus sexuels sous l'angle des enfants victimes et sous l'angle des enfants qui manifestent des conduites sexuelles problématiques. Le premier chapitre définit ce qu'est un abus, présente les formes d'abus, précise la notion de consentement, évoque la

prévalence, et présente les séquelles des abus sexuels, ainsi que les facteurs de risque et les indicateurs de comportements qui permettent de les détecter.

Le deuxième chapitre aborde la problématique des jeunes de moins de 12 ans qui présentent des conduites sexuelles inappropriées, ou qui commettent des agressions sexuelles.

Le troisième chapitre présente le processus d'intervention clinique dans les situations d'abus sexuels. Les pistes d'intervention et les activités cliniques à réaliser sont présentées en regard de la famille et de chacun des membres impliqué dans la situation, victime, exposé, parent non abuseur et abuseur, y incluant les services offerts par nos partenaires de la communauté.

Chapitre 1 : La problématique des abus sexuels

1.1 Définition

Le document « *Orientations gouvernementales en matière d'agression sexuelle* » (Québec, 2001) définit l'agression sexuelle comme :

« ...un geste à caractère sexuel, avec ou sans contact physique, commis par un individu sans le consentement de la personne visée ou, dans certains cas, notamment dans celui des enfants, par une manipulation affective ou par du chantage. Il s'agit d'un acte visant à assujettir une autre personne à ses propres désirs par un abus de pouvoir, par l'utilisation de la force ou de la contrainte, ou sous la menace implicite ou explicite. Une agression sexuelle porte atteinte aux droits fondamentaux, notamment à l'intégrité physique et psychologique et à la sécurité de la personne. » (page 22)

L'article 38 alinéa d) de la LPJ stipule que la sécurité ou le développement d'un enfant est considéré comme compromis lorsqu'il se retrouve dans une situation d'abus sexuels , à savoir :

1^{er} lorsque l'enfant subit des gestes à caractère sexuel, avec ou sans contact physique, de la part de ses parents ou d'une autre personne, et que ses parents ne prennent pas les moyens nécessaires pour mettre fin à la situation;

2^e lorsque l'enfant encourt un risque sérieux de subir des gestes à caractère sexuel, avec ou sans contact physique, de la part de ses parents ou d'une autre personne, et que ses parents ne prennent pas les moyens pour mettre fin à la situation. »

On note d'emblée l'ambiguïté dans le choix des termes : agression sexuelle d'une part, et abus sexuel d'autre part au niveau de la LPJ. Nous adhérons à la position du législateur qui a préféré conserver le vocable « abus » et ainsi suivre la recommandation du « Comité d'experts sur la révision de la Loi sur la protection de la jeunesse » (2004) :

« Considérant, d'une part, que le terme « abus » est largement reconnu dans la pratique sociale et que, d'autre part, le terme « agression » pourrait être perçu comme étant plus restrictif compte tenu de son usage dans le Code criminel, il est jugé plus approprié de conserver le terme « abus ». (page 74)

Les deux termes réfèrent à d'autres expressions telles que viol, infractions sexuelles, contacts sexuels, inceste, prostitution et pornographie juvénile. Ils rejoignent notre définition de la violence (tronc commun) dans son aspect de contrainte et d'atteinte à l'intégrité physique et psychologique d'autrui.

1.2 Les formes d'abus sexuels

- ▶ Les attouchements, les caresses, le cunnilingus, la fellation, la masturbation de l'agresseur.
- ▶ La participation à des scènes à visée érotique pour l'obtention de gains financiers, prostitution, films pornographiques, images sur Internet, etc.
- ▶ Pénétration ou tentative de pénétration vaginale ou anale, à l'aide du sexe, des doigts ou de n'importe quel objet.
- ▶ Activités sexuelles non consenties.
- ▶ Exhibitionnisme/voyeurisme.
- ▶ Harcèlement sexuel.
- ▶ Sollicitation.
- ▶ Exploitation sexuelle.
- ▶ Des abus sexuels perpétrés au sein de rituels et commis en général par plusieurs agresseurs au cours de cérémonies, de rituels à l'intérieur d'un gang de rue ou d'une secte.
- ▶ Incitation à la bestialité.

La loi inclut le fait d'encourir un risque sérieux de subir des abus sexuels. Ce n'est pas à proprement parler une forme d'abus sexuel. Cependant, c'est la grande probabilité que l'enfant subisse de tels abus et le fait que ses parents ne prennent pas les moyens nécessaires pour éviter la situation, qui devient l'objet d'un signalement. Exemples de situations à risque :

- ▶ La présence d'un climat de grande promiscuité sexuelle.
- ▶ Un parent niant ou refusant de protéger son enfant qui risque d'être victime d'abus sexuels par une personne ayant des antécédents judiciaires en cette matière.
- ▶ La présence d'un nouveau conjoint pédophile laissé seul dans un milieu familial en présence d'enfants.
- ▶ L'enfant se retrouvant fréquemment dans l'appartement d'une personne ayant déjà été condamnée pour abus sexuels.

Les abus sexuels peuvent être commis :

- ▶ Par les parents à l'égard de leurs enfants.
- ▶ Entre les membres de la fratrie.⁴⁰
- ▶ Par de tiers proches de la famille, soit une personne qui vit avec l'enfant sans être membre de la famille proche ou élargie, soit un membre de la famille proche ou élargie qui ne vit pas avec l'enfant.
- ▶ Par les enfants à l'égard de leurs parents.
- ▶ Par une autre personne en contact avec l'enfant, qu'il lui ait été confié ou non.

Toute activité sexuelle entre un adulte et un enfant ou un adolescent, doit être considérée comme un abus sexuel; entre frères et sœurs aussi, à moins que ce soit des conduites normales d'exploration dans le développement de la sexualité.

⁴⁰ L'expression « fratrie » réfère à des enfants ayant un lien consanguin comme aux enfants vivant ensemble dans une famille reconstituée, ainsi qu'aux enfants adoptés.

Le chapitre 2 concernant les conduites sexuelles inappropriées permettra de distinguer entre les conduites normales d'exploration de la sexualité entre les enfants, et les conduites inappropriées et abusives entre enfants.

La notion de consentement est un élément qui peut être allégué par l'abuseur. En aucun cas il ne peut être question de consentement à l'intérieur de la famille. Dans les autres cas, la notion de consentement est balisée par les repères qui suivent.

LA NOTION DE CONSENTEMENT	
Points de repère	
<p>La notion de consentement est l'élément fondamental qui permet de distinguer entre l'assujettissement à des actes à caractère sexuel ou des relations sexuelles entre deux personnes, et les dispositions légales applicables en matière d'infractions d'ordre sexuel ou d'agression sexuelle.</p> <p>Dans le cas d'une activité sexuelle imposée, la situation est claire. Cependant, l'agression sexuelle ne s'exerce pas toujours par la force et la violence physique.</p> <p>Au plan <u>légal</u>, il faut référer à l'article 150.1 du Code criminel (1985, S.R., ch.C-34, texte à l'Annexe 6) quant aux conditions générales relatives au consentement d'un mineur de moins de 14 ans, comme moyen de défense par toute personne accusée d'agression sexuelle, ou en matière d'infraction d'ordre sexuel .</p> <p>Le PNF (2005) présente une façon de résumer le Code criminel (lorsque extrafamilial) :</p>	
0-11 ans	Aucun consentement aux termes de la loi.
12-13 ans	Trop jeune pour donner son consentement. À l'exception de : Le plus âgé des deux a moins de 16 ans. Moins de 2 ans de différence d'âge entre les deux. Sans être en relation d'autorité, de confiance, de dépendance ou d'exploitation (adolescent handicapé).
14-17 ans	Peut consentir à une activité sexuelle. Sauf si : Il y a relation d'autorité, de confiance ou de dépendance entre les deux.
<p>Sur le plan <u>clinique</u>, Finkelhor (1984) souligne que deux conditions doivent être remplies pour établir le consentement d'une personne à une activité sexuelle :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ La personne doit savoir ce à quoi elle consent, donc il ne doit y avoir aucun écart significatif de développement entre les partenaires. ▶ Elle doit avoir la liberté d'accepter ou de refuser, donc sans aucun rapport de force, d'intimidation ou d'autorité, ni d'être dans un état d'intoxication qui occulte la volonté. <p>En d'autres termes, il y a consentement lorsqu'une personne remplit les conditions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Elle est jugée mentalement apte à prendre des décisions. ▶ Elle comprend le geste qu'elle pose. ▶ Elle connaît les règles de conduite de notre société. ▶ Elle est consciente des conséquences du geste qu'elle pose. ▶ Elle est assurée que sa décision sera respectée. ▶ Elle donne un accord libre et éclairé. 	

La position du CJM est celle de l'ACJQ (2000) qui considère que tous les enfants de 14 ans et moins n'ont pas la capacité de donner leur consentement, parce qu'ils n'ont pas développé la capacité et les habiletés de jugement pour savoir si c'est bon pour eux. Ils sont susceptibles d'être influencés par des adultes qui ont un certain contrôle sur leur vie. Pour ceux de 14 ans et plus, la position est conforme à celle véhiculée par la loi.

Il y a des situations où, en l'absence de force et de violence, d'autres manœuvres telles que la manipulation, la menace, le chantage émotif, le jeu, etc., sont utilisées par l'agresseur pour parvenir à ses fins. Ainsi, la naïveté de l'enfant, son manque de connaissances sur la sexualité, sa position de dépendance ou sa confiance en l'agresseur, feront en sorte que l'enfant n'opposera pas un refus formel à une proposition sexuelle. Il est essentiel de retenir qu'une absence d'opposition formelle de la part d'un enfant n'est pas un consentement. L'enfant n'a pas la capacité psychologique de donner son consentement. Par définition, les gestes sexuels entre enfants et adultes sont abusifs.

1.3 La prévalence des abus sexuels dans les signalements

« L'Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants » (Trocmé et al., 2001), « L'Étude sur l'incidence et les caractéristiques des situations d'abus, de négligence, d'abandon et de troubles de comportement sérieux signalés à la DPJ au Québec » (Tourigny et al., 2002) et les données opérationnelles de la DPJ 2000-2001 (Rapport du Comité d'experts..., Février 2004) nous indiquent l'ampleur des abus sexuels subis par les enfants qui ont été signalés aux services de protection de l'enfance.

Au Canada, 10 % des signalements concernent des abus sexuels (2,15 enfants sur 1000); environ 66 % de ces signalements sont retenus et corroborés (1,41 sur 1000).

Au Québec, on estime que 1,7 enfant sur 1000 a subi des abus sexuels.

Un recensement de la clientèle des CJM en janvier 2003, lors de l'évaluation de l'implantation du *Programme d'intervention en négligence* (Charbonneau, 2004), indique que :

- ▶ 5 % des dossiers sont suivis en vertu de l'alinéa 38 g, s (abus sexuel) :
 - 3 % des garçons de 12 ans et moins; 1 % des garçons de 13 ans et plus.
 - 9 % des filles de 12 ans et moins; 9 % des filles de 13 ans et plus.

Telle qu'exprimée dans l'introduction générale du programme, l'incidence des signalements ne rend pas réellement compte de l'ampleur du phénomène. Le secret familial qui entoure ces situations, la dépendance et la vulnérabilité des enfants, ainsi que la crainte de contribuer à l'éclatement de la famille, sont des éléments parmi d'autres qui font en sorte qu'une partie infime des abus sont dévoilés et traités dans le cadre de la protection de la jeunesse.

1.4 Les facteurs de risque et protection

Certaines caractéristiques reliées aux enfants, à leurs parents et à leur famille, sont des facteurs qui augmentent le risque de subir des abus sexuels. Certaines autres sont des facteurs de protection⁴¹.

FACTEURS DE RISQUE

Black et al. (2001) ont effectué une méta-recherche en rapport avec les caractéristiques reliées aux enfants, aux parents et à la situation sociale des familles.

La présence d'une ou plusieurs caractéristiques n'indique pas la présence assurée d'abus sexuels dans cette famille. La connaissance des facteurs de risque permet à l'intervenant de demeurer alerte aux situations pour prévenir ou détecter les abus sexuels.

Tableau 22 Facteurs de risque* de subir des abus sexuels

Caractéristiques reliées aux enfants
<p>Être :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Une fille. ▶ Une fille de moins de 6 ans avec des troubles de comportement. ▶ Un garçon de plus de 6 ans avec des troubles de comportement. ▶ Un enfant avec plus de troubles de conduite en classe. ▶ Un enfant âgé de plus de 12 ans. ▶ Un enfant négligé plus tôt dans l'enfance. ▶ Un enfant ayant auparavant subi des abus physiques. ▶ Avoir déjà été victime d'enlèvement. ▶ Avoir déjà été victime d'abus sexuels.
<p>*Les éléments relevés ci-dessus sont ceux qui sont le plus souvent corroborés par les recherches.</p>

⁴¹ Définis dans les « Définitions » au début du programme.

Tableau 23 Facteurs de risque* de l'occurrence des abus sexuels

Caractéristiques reliées aux parents** et aux familles	
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Parent qui a déjà été agressé sexuellement. ▶ Parents qui montrent plus de symptômes de détresse psychologique. ▶ Parents qui rapportent être moins satisfaits en tant que parents. ▶ Parents qui vivent plus d'insatisfaction conjugale. ▶ Relations pauvres parent/enfant. ▶ Pères qui ont abusé leur enfant manifestent plus de détresse, de rigidité, de solitude, se sentent plus malheureux. ▶ Pères qui se trouvent moins efficaces et compétents. ▶ Mères qui expriment ressentir plus de tension, de dépression, de colère, de confusion. ▶ Mères qui rapportent plus de symptômes de nature psychiatrique. ▶ Mères qui ont vécu plus d'événements stressants. ▶ Mères qui sont plus souvent dans une deuxième union. ▶ Mères qui disent avoir moins de support affectif dans leur entourage. ▶ Distance plus grande mère/fille. ▶ Mères qui montrent moins de capacités d'adaptation. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Famille monoparentale. ▶ Famille où un des deux parents biologiques est absent. ▶ Famille dont un membre a déjà été abusé sexuellement. ▶ Famille dans laquelle la mère est victime d'agressions par le conjoint. ▶ Famille qui rapporte avoir laissé l'enfant sans surveillance adéquate. ▶ Famille à faibles revenus. ▶ Famille dont les parents sont travailleurs manuels. ▶ Famille résidant dans un quartier plus pauvre. ▶ Famille qui vit dans un quartier plus dangereux. ▶
<p>*Les éléments relevés ci-dessus sont ceux qui sont le plus souvent corroborés par les recherches.</p> <p>**Sauf quand c'est indiqué, les parents ne sont pas nécessairement les personnes qui ont abusé l'enfant.</p>	

FACTEURS DE PROTECTION

Les divers auteurs ne présentent pas de résultats de recherche qui répertorient des facteurs de protection dont la présence atténue le risque de subir des abus sexuels. Nous nous inspirons ici des facteurs de protection qui ont été dégagés dans le cadre des formations à la détection des mauvais traitements, données par le Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociales (CLIPP). Ces facteurs sont reliés à certaines caractéristiques de l'enfant, des parents et de la famille, de l'environnement et de la communauté, ainsi que de la société en général.

La présence de ces caractéristiques augmente les capacités des enfants à se protéger contre les abus sexuels et les mauvais traitements en général.

Tableau 24 Facteurs de protection contre les abus sexuels⁴²

INDIVIDUELS	PARENTS/FAMILLE
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Être de sexe masculin, à l'adolescence (13-18). ▶ Être de sexe féminin dans l'enfance (0-11). ▶ Le tempérament (notamment la sociabilité, la bonne humeur et l'optimisme). ▶ L'estime et la perception positive de soi. ▶ Les habiletés intellectuelles. ▶ Le rendement et l'ajustement scolaires positifs. ▶ La compétence sociale. ▶ Éducation sexuelle saine et adaptée. ▶ 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Être une famille biparentale biologique. ▶ La qualité de la relation parent/enfant (climat, soutien, attachement). ▶ La présence de modèles d'adultes adéquats avec lesquels il a une relation significative. ▶ Bonne supervision parentale, discipline équilibrée et présence de règles claires. ▶ Reconnaissance et traitement des antécédents de maltraitance et d'abus. ▶
ENVIRONNEMENT/COMMUNAUTÉ	SOCIÉTÉ
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Un réseau social d'amis et d'adultes dans l'entourage. ▶ Participer à des activités sportives. ▶ Accès aux ressources du quartier. ▶ Connaissance des services. ▶ Participer à des activités collectives et des groupes d'entraide. ▶ 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Politiques familiales d'accès à des services de garde, de congés parentaux et de conciliation travail-famille. ▶ Faible seuil de tolérance à la violence.

1.5 Les effets découlant des abus sexuels

Les séquelles suite aux abus sexuels varient beaucoup d'une victime à l'autre : certaines victimes manifestent peu de symptômes alors que d'autres présentent de sévères difficultés d'adaptation. L'âge au moment des abus, le sexe de la victime, le type d'abus perpétré, l'identité de l'agresseur, son sexe et sa proximité relationnelle avec la victime, la présence ou non d'agresseurs multiples, la présence ou non de violence, le nombre, la fréquence et la durée des abus, les réactions du parent non agresseur (en particulier la mère), sont autant de facteurs qui sont susceptibles de jouer un rôle dans la gravité des séquelles.

La capacité de « résilience »⁴³ permet à certains jeunes de réagir à des situations d'abus sexuels avec moins de séquelles que d'autres.

Les séquelles associées aux abus sexuels ne sont pas très différentes de celles associées à d'autres formes d'abus ou de négligence, à l'exception des comportements sexuels inappropriés, et des symptômes d'un trouble de stress post-traumatique, plus répandus chez les victimes d'abus sexuels.

⁴² Remerciements à Mme Michèle Poirier qui nous a permis d'utiliser les informations de son diaporama (CLIPP, 2007).

⁴³ Définie et décrite dans les « Définitions » au début du programme.

Enfin, il faut prendre en considération que même si les séquelles sont parfois très évidentes et immédiates, elles peuvent aussi apparaître plus tard au cours des étapes de développement de l'enfant, ou même survenir à l'âge adulte. Les séquelles répertoriées ci-dessous peuvent aussi servir d'indicateurs permettant de détecter la présence d'abus sexuels.

Les séquelles présentées par la victime à plus ou moins long terme peuvent être de différente nature (Freidrich, 1990; Rycus et Hughes, 2005) :

▶ **SÉQUELLES PHYSIQUES**

- Blessures aux organes génitaux ou dans la région rectale.
- Présence d'infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS).
- Des infections de la vessie ou des voies urinaires.
- Des désordres intestinaux : douleur et rétention.
- Une grossesse.

▶ **TROUBLE DE STRESS POST-TRAUMATIQUE**

- Trouble de stress post-traumatique⁴⁴.

▶ **DISTORSIONS COGNITIVES**

- Perception et image de soi négatives.
- Impression d'impuissance, de honte et de responsabilité, de blâme sur soi, autant de l'évènement que des suites (séparation, incarcération).

▶ **DÉTRESSE ÉMOTIVE**

- Dépression (quatre fois plus chez les enfants victimes d'abus sexuels).
- Sentiments chroniques de peur et d'anxiété (souvent ressentis lors de relations intimes).
- Irritabilité chronique et colères spontanées fréquentes.
- Tentatives de suicide et automutilation.

▶ **COMPROMISSION DU DÉVELOPPEMENT DE L'IDENTITÉ**

- Compromission de la capacité de l'enfant à se percevoir comme distinct et positif (surtout si les parents de la victime ont été incapables d'établir une relation adéquate avec lui avant l'abus sexuel).
- Difficulté pour l'enfant de se réassurer face aux événements stressants.
- Difficulté pour l'enfant d'apprendre des stratégies d'autoprotection et des scénarios de protection nécessaires pour mettre fin à l'abus et éviter la répétition des abus.

▶ **ÉVITEMENT**

- Dissociation comme stratégie pour éviter les souvenirs et les sentiments associés à l'abus (dépersonnalisation, désengagement de l'environnement, amnésie et développement de personnalités multiples).
- Abus de substances toxiques (chez les adolescents et les adultes).

⁴⁴ Notion définie et décrite dans le tronc commun du programme, encart page 17.

▶ **DIFFICULTÉS INTERPERSONNELLES ET SEXUELLES**

- Attitudes dysfonctionnelles lors des relations interpersonnelles : méfiance, colère, peur des personnes en autorité, préoccupations autour de l'abandon; surcontrôle de soi et des autres; distanciation physique et psychologique.
- Moins de compétences sociales, plus d'agressivité et plus de retrait que les autres enfants.
- À l'adolescence ou à l'âge adulte, profond inconfort avec l'intimité sexuelle, voire dysfonction sexuelle, dépendance, idéalisation du conjoint.
- Divers problèmes lors des rapports sexuels.

▶ **COMPORTEMENTS SEXUELS INAPPROPRIÉS**

- Comportement sexualisé avec des poupées.
- Masturbation excessive ou en public.
- Comportement séducteur envers les adultes.
- Comportement sexuel précoce.
- Promiscuité.

À cet effet, voir les tableaux à l'Annexe 7 sur les comportements relatifs au sexe et à la sexualité selon les âges, relativement aux conduites inappropriées et problématiques.

▶ **VARIATION DE LA PERTURBATION SELON L'ÂGE ET LE SEXE DE L'ENFANT**

- **Préscolaire** : anxiété, cauchemars, trouble de stress post-traumatique, troubles de comportement intériorisés et extériorisés, comportements sexuels inappropriés.
- **Scolaire** : peur, agressivité, cauchemars, difficultés scolaires, hyperactivité et comportements régressifs.
- **Adolescence** : dépression, retrait, idées suicidaires, comportements autodestructeurs, troubles somatiques, actes délictueux, fugues, toxicomanie.

Les victimes de sexe masculin

Les victimes de sexe masculin présentent certaines réactions qui leur sont caractéristiques :

- Perception de participer à une activité homosexuelle quand l'agresseur est un homme : questionnement de l'orientation sexuelle.
- Risque plus élevé que la colère s'exprime par des comportements agressifs et antisociaux; la prescription culturelle qu'un homme cache ses sentiments est encore plus importante, d'où le recours à la démonstration de force.
- Distorsions perceptuelles intériorisées en lien avec la masculinité :
 - Un « vrai » garçon (homme) ne se laisse pas abuser.
 - Un garçon (homme) normal n'est pas censé être excité sexuellement lorsqu'il se fait agresser.
 - Les enfants mâles qui se font agresser par des homosexuels restent entachés par cet événement et risquent d'être ou de devenir eux aussi des homosexuels.
 - Une agression sexuelle commise par une femme sur un garçon ne peut être traumatisante.
 - Un garçon abusé risque de devenir un abuseur.

FACTEURS ATTÉNUANT LES EFFETS DE L'ABUS SEXUEL

Un certain nombre de facteurs semblent permettre, chez certaines victimes, de réduire les effets négatifs des abus sexuels (Rycus et Hughes, 2005) :

- ▶ La réaction soutenante des adultes responsables de l'enfant (dans le sens des besoins de l'enfant suite à l'abus).
- ▶ La reconnaissance par les parents du fait qu'un événement traumatisant s'est produit réellement.
- ▶ Un soutien professionnel qui aide à comprendre l'expérience de l'abus sexuel, qui lui donne l'occasion de ventiler la colère et les sentiments pénibles associés aux abus.
- ▶ Un entourage familial, scolaire et social qui respecte le besoin d'intimité et le sens douloureux de l'expérience.
- ▶ Avoir accès et recevoir rapidement une aide thérapeutique et médicale au moment de l'abus et lors du dévoilement.

1.6 La détection des abus sexuels

La connaissance des **facteurs de risque** et des **indicateurs de comportements** (tableau page suivante), permet à l'intervenant de détecter la présence d'abus sexuels. Tous les intervenants qui entrent en contact avec l'enfant doivent connaître ces indicateurs pour se mettre en alerte lorsqu'ils apparaissent, lors des activités, des rencontres et entrevues avec l'enfant et ses parents, que ce soit à l'école, au CPE, à l'hôpital, au CSSS, en famille d'accueil, en ressource intermédiaire ou ailleurs.

Les indicateurs d'abus sexuels peuvent être observés aussi chez ceux et celles qui n'ont pas été abusés. Il faut donc se rappeler que :

- ▶ La plupart des indices comportementaux ne sont ni très sensibles, ni très spécifiques. Ils révèlent un état de malaise qui doit être exploré avant de conclure à la présence d'un abus sexuel.
- ▶ **Le cumul des indicateurs est important.** Souvent, il y a complémentarité et synchronisation entre eux.

Il faut aussi se rappeler que, parfois, il n'y a pas d'indicateurs, ou encore que ceux-ci ne sont pas apparents au premier abord. Les indicateurs relatifs à l'intégrité physique ne sont présents que dans environ 4 % des cas (Heger et al., 2002).

Le piège qui guette les intervenants, dans les situations où les facteurs de risque sont importants sans que des indicateurs apparaissent clairement, est d'acquiescer la « conviction » qu'il y a eu des abus sexuels subis et d'essayer de les faire avouer ou reconnaître, ce qui peut faire plus de tort que de bien.

De plus, l'intervenant doit se familiariser avec le développement de la sexualité dite « normale et attendue » et la distinguer des comportements sexuels inquiétants ou nettement problématiques (Annexe 7). Le chapitre suivant à propos des « comportements sexuels inappropriés » renseignera aussi l'intervenant sur les éléments qui entrent en compte dans l'évaluation des situations impliquant des comportements sexualisés.

Tableau 25**Indicateurs d'abus sexuels potentiels⁴⁵**

Indicateurs liés à l'intégrité corporelle	Indicateurs émotionnels et comportementaux	
	CHEZ LE JEUNE ENFANT	CHEZ UN JEUNE PLUS ÂGÉ
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Désordres gastro-intestinaux. ▶ Difficulté à marcher ou à s'asseoir. ▶ Douleur, inflammation ou saignement dans les parties génitales. ▶ Douleurs excrétoires. ▶ Présence de sang dans l'urine ou les excréments. ▶ Présence d'une ITSS. ▶ Présence d'une grossesse. ▶ Peur excessive de subir un examen des organes génitaux, ou sans-gêne excessif. ▶ L'automutilation. ▶ Tentative de suicide. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Devient surexcité lors des changements de couche. ▶ Est hyperactif; a des problèmes d'attention et de concentration. ▶ Changements soudains d'humeur; devient exigeant et revendicateur; est malheureux et le montre en criant ou en étant anxieux; se comporte en étant exagérément obéissant. ▶ Est préoccupé : semble vivre dans un monde imaginaire; cesse de participer aux activités scolaires et parascolaires. ▶ Intérêt important pour le corps des gens. ▶ Imité explicitement des comportements sexuels. ▶ Langage sexuel trop explicite pour son niveau de développement. ▶ A des comportements sexuels avec d'autres enfants, des jouets, des animaux, et peut agir de manière agressive et incontrôlable. ▶ Dessine des images sexualisées. ▶ Affiche un comportement régressif : sucer son pouce, mouiller son lit, parler comme un bébé. ▶ Insère des objets dans son vagin ou son rectum. ▶ Devient excessivement attaché ou dépendant. ▶ A des troubles de sommeil non attribuables à l'âge : cauchemars, peur du noir, peur d'aller au lit, etc. ▶ Changement ou perte d'appétit. ▶ Proteste soudainement en présence d'un membre de la famille; manifeste de la peur d'un endroit de la maison ou d'une personne en particulier. ▶ Refuse, sans raison apparente, d'aller chez un parent ou un ami. ▶ Retarde exagérément sans raison apparente son retour à la maison. ▶ Est trop affectueux avec les étrangers. ▶ Peur de se dévêtir pour la classe de gym; porte une quantité excessive de vêtements. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Perd ses amis. ▶ A des problèmes académiques. ▶ Détérioration soudaine de la performance scolaire. ▶ Devient paresseux; se retire des activités normales, évite les autres. ▶ Troubles de santé sans fondement. ▶ Perte de confiance envers les proches. ▶ Ne semble plus vouloir s'amuser. ▶ Déprime; a des idées ou un comportement suicidaire; excès subits de consommation de substances. ▶ Se néglige; manifeste une image négative de lui, une mésestime. ▶ Ne mange plus ou mange avec excès. ▶ Insomnies. ▶ Verbalisations inappropriées en dehors du contexte sexuel. ▶ Intérêt soudain pour la sexualité, la grossesse ou les ITSS; craintes inexplicables ou injustifiées. ▶ S'engage dans des activités sexuelles soudainement fréquentes, anormales ou dans la prostitution. ▶ Masturbation excessive. ▶ Fuit toute situation potentiellement sexuelle, pudibonderie.

⁴⁵ Guide d'intervention médicosociale, 2001; Centres Jeunesse Saguenay Lac-St-Jean, 1999.

Le dévoilement

La détection peut aussi se faire lors d'un dévoilement par un enfant ou un adolescent des abus dont il a été victime.

Le dévoilement est considéré comme « intentionnel » lorsque la victime décide consciemment de révéler à quelqu'un les abus qu'elle subit (ou a subis). La décision vise habituellement à obtenir de l'aide et de la protection, la victime voulant être délivrée des sentiments de colère, de culpabilité, de peur, ou d'anxiété.

Le dévoilement est considéré comme « circonstanciel » lorsque la victime n'a pas l'intention de dévoiler les abus, mais le fait parce que les circonstances extérieures font en sorte de faciliter des révélations.

Dans une situation d'allégation d'abus sexuels, détectée par toute personne ou professionnel en contact avec l'enfant, ou suite à un dévoilement ou une plainte par l'enfant ou le parent, **le signalement à la DPJ est obligatoire et immédiat**, et enclenche la procédure sociojudiciaire de **l'Entente multisectorielle** (Annexe 1, tronc commun).

Enjeux reliés au dévoilement

Les situations d'abus sexuels, lorsqu'elles sont révélées, menacent de rompre l'équilibre de la famille et peuvent mener à son éclatement. Le retrait de l'enfant victime, de l'enfant qui manifeste des conduites sexuelles inappropriées ou l'exclusion, voire l'emprisonnement de l'adulte abuseur, sont des conséquences fréquemment vécues. L'équilibre du fonctionnement de la famille était auparavant maintenu par le secret, et l'ascendant de la personne abusive sur les autres membres de la famille. La menace que la révélation de l'abus aboutisse à la rupture de la famille est portée par chacun de façon lourde et souffrante.

Chacun des membres d'une famille aux prises avec la problématique des abus sexuels vit et agit différemment sa souffrance. Quelles que soient les réactions, personne ne sort indemne de cette situation. Dans ce sens, il importe de comprendre les enjeux et le rôle de chacun des membres de la famille dans la situation.

LE PARENT NON ABUSEUR

L'expérience clinique nous amène à le percevoir comme à la fois une victime et un membre participant d'un système dysfonctionnel. Les gestes d'abus ne lui appartiennent pas. Le parent non abuseur, sans le vouloir, participe au maintien de la dysfonction familiale. La mise en place d'un système d'oppression et de secret par la personne abusive, amène l'autre parent à supporter inconsciemment le pouvoir de l'abuseur, et participe ainsi au maintien du système d'oppression et de secret dans la famille. Dans un tel contexte, les enfants ne peuvent être assurés d'une protection adéquate : ils saisissent l'incapacité du parent non abuseur et choisissent le silence. Le dévoilement provoque l'éclatement de l'univers de la personne non abusive.

LE PARENT ABUSEUR

De façon générale, on reconnaît aujourd'hui que l'abuseur sexuel a un comportement sexuel déviant, habituellement planifié et répétitif, bien installé (Module JAS, CJM, 2007). Pour passer à l'acte, l'abuseur franchit une série d'interdits et de frontières après avoir scénarisé et désiré le

soulagement de sa tension par l'abus sexuel. Ce comportement présente des similitudes avec les comportements d'addiction, d'où le risque important de récives.

Quel que soit le type de relation de couple que l'abuseur établit avec sa conjointe, le besoin de continuer à répondre à ses besoins sexuels déviants fait en sorte qu'à ses yeux, la situation doit demeurer telle qu'elle est dans ses rapports avec les membres de la famille, au niveau du couple et de ses relations avec les enfants. Le dévoilement soulève l'enjeu de voir éclater son pouvoir, de perdre à la fois la réponse à ses besoins, son ascendant sur la famille et même sa place dans la famille.

LA VICTIME : ENFANT OU ADOLESCENT

Le rôle de la victime dans la dysfonction de la famille dans laquelle se produisent les abus incestueux ou autres est important. La victime permet parfois de maintenir l'équilibre artificiel de la famille en remplissant les rôles que les différents membres lui donnent. Le dévoilement vient perturber cet équilibre.

Les conséquences pour la victime sont diverses et reliées aux abus eux-mêmes, au maintien du secret, à la responsabilité du dévoilement et aux conséquences qui découleront du dévoilement. Les besoins de la victime sont importants, autant du point de vue des séquelles sur son développement, que sur son rôle et sa position dans la famille.

LE JEUNE MANIFESTANT DES CONDUITES SEXUELLES INAPPROPRIÉES

Le dévoilement de sa sexualité inappropriée, voire déviante, vient briser le secret qui entourait ses comportements sexuels, avec sa fratrie ou avec d'autres enfants. Sa place dans la famille, son rôle, son ascendant sur les autres et sa relation avec ses parents sont questionnés. La famille doit chercher un nouvel équilibre dans la protection des enfants, parfois au prix de l'exclusion d'un de ses membres qui a besoin d'un traitement de ses difficultés.

LA FRATRIE

Les problèmes de conflits d'allégeance entre l'abuseur et la victime amènent la fratrie à prendre parti pour l'un ou l'autre, et de ce fait, à vivre des problèmes de loyauté. Il y a diversité et ambivalence dans les sentiments éprouvés. L'allégeance envers l'un et la colère envers l'autre coexistent. Le dévoilement de l'inceste et le bris de la famille déclenchent souvent un sentiment de colère tourné contre la victime qui a brisé le secret, plutôt que contre l'abuseur qui a franchi l'interdit de l'inceste.

LA FAMILLE

Qu'il s'agisse d'inceste ou d'abus sexuels d'un enfant par un conjoint ou par un autre jeune, les abus sexuels intrafamiliaux indiquent un dysfonctionnement familial important, introduit par le biais de l'abuseur et une incapacité des parents à assumer leur mandat de protection à l'égard de leurs enfants.

Les abus sexuels ont aussi souvent un impact sur la famille élargie. L'enfant ou l'adolescent victime peut être tenu responsable des conflits d'allégeance, et des conséquences sur les relations entre les membres de la famille élargie. La réaction de la famille élargie joue un rôle dans le succès du traitement et la réduction des séquelles des abus.

L'ensemble de la dynamique familiale doit être pris en considération. Les besoins de chacun des membres de la famille devront donc être regardés en fonction de l'individu, mais aussi en fonction de son appartenance à une famille.

Chapitre 2 : Les conduites sexuelles inappropriées

Ce chapitre traite des conduites sexuelles inappropriées et problématiques chez les enfants de moins de 12 ans⁴⁶. La situation des enfants de plus de 12 ans qui manifestent ces conduites est traitée via le « *Programme Troubles de la conduite* » ou le module spécialisé du « *Programme Délinquance* », selon les cas.

Certains enfants manifestent des comportements sexuels qui sortent des cadres habituels des comportements attendus, à diverses étapes du développement normal de l'expression de la sexualité. Il est important de pouvoir distinguer ce qui relève de la curiosité normale, de ce qui revêt une connotation excessive inappropriée ou même problématique. Il existe un continuum (Tremblay et al., in PNF, Compétences spécifiques, 2002) de comportements sexuels, et le comportement d'un enfant peut se situer de part et d'autre du continuum, allant de la sexualisation saine et naturelle, à la sexualisation inadaptée et agressive.

2.1 L'exploration sexuelle naturelle chez les enfants

L'exploration sexuelle naturelle et saine durant l'enfance est un processus de recherche d'informations où les enfants explorent les diverses dimensions de la sexualité (affective, cognitive, psychologique, biologique, sociale et morale), en fonction de leur évolution développementale et psychosexuelle générale. Voici quelques indices de l'expression d'une sexualité positive :

- ▶ L'exploration sexuelle chez les enfants répond à une curiosité et se réalise par un processus de cueillette d'informations. Le comportement sexuel se produit spontanément et dans une atmosphère de gaieté :
 - Elle signifie l'exploration du corps de façon visuelle et tactile, ainsi que l'adoption de comportements et de rôles identifiés à un sexe en particulier (comportements et rôles de genre, par exemple : jouer au papa et à la maman).
 - Elle se caractérise par des comportements adaptés aux stades développementaux des enfants de moins de 12 ans, par exemple : la masturbation, les baisers, la curiosité (regarder quelqu'un à son insu), regarder et toucher les parties génitales des autres enfants, et parfois simuler des relations sexuelles (voir aussi les tableaux à l'Annexe 7 et dans le « Répertoire des activités cliniques », la « Grille de développement 0-18, aspect psychosexuel » CJ Laval).
 - Elle se produit entre enfants du même âge et de même taille. L'exploration sexuelle a lieu entre amis et membres de la fratrie.
 - Elle se déroule toujours sur une base volontaire. De plus, en dehors du comportement sexuel, les enfants sont des amis.
 - Elle n'est pas entourée de secrets. Les enfants démontrent toutefois un peu de gêne lorsqu'ils sont pris sur le fait.
 - Certains comportements diminuent ou cessent lorsque les adultes les interdisent. Par ailleurs, l'enfant peut adopter d'autres comportements durant une autre période développementale.

⁴⁶ Remerciements à Mme Claudia Tremblay qui nous a permis de nous inspirer fortement du programme « *À la croisée des chemins* », 2005.

- Elle s'accompagne parfois de sentiments de confusion et de gêne par rapport à la sexualité (surtout lorsque les enfants sont découverts), mais pas de sentiments de honte, de peur et d'anxiété.
- Elle est ponctuelle et survient aux différents stades du développement psychosexuel des enfants.

2.2 Les comportements sexuels problématiques chez les enfants

Les comportements sexuels problématiques se définissent, notamment, par :

- ▶ La nature répétitive.
- ▶ La persistance à travers le temps et les situations.
- ▶ L'étendue des gestes sexuels correspondant aux comportements d'adultes.
- ▶ L'incapacité d'arrêter suite aux interventions et à la surveillance d'adultes.

Les enfants qui manifestent des comportements sexuels problématiques présentent une multiplicité de caractéristiques qui témoignent de l'importance du problème et de la nécessité de l'intervention précoce.

- ▶ La majorité des enfants ayant des comportements sexuels problématiques sont âgés de 6 à 12 ans, dont une proportion importante se situe vers 9 ans.
- ▶ La majorité des enfants sont de sexe masculin, mais près du quart sont de sexe féminin.
- ▶ L'âge moyen des enfants à leur premier geste sexuel inadapté est de 7½ ans; ces jeunes impliquent en moyenne deux à trois enfants dans leurs activités sexuelles inappropriées.
- ▶ Les enfants présentant des comportements sexuels problématiques impliquent davantage des membres de la fratrie et des amis dans leurs activités sexuelles.
- ▶ Les comportements sexuels auxquels s'adonnent ces enfants comprennent le répertoire des activités sexuelles d'adultes; notamment les attouchements sexuels (le plus commun), la masturbation, la fellation, la pénétration, la sodomie, le voyeurisme et l'exhibitionnisme.
- ▶ Ces enfants ont souvent recours à la coercition verbale et à l'intimidation pour arriver à leurs fins. L'utilisation de la force physique est également présente, mais à un degré moindre.
- ▶ Une histoire de victimisation sexuelle.
- ▶ Une histoire de violence physique et psychologique.
- ▶ La présence de négligence.
- ▶ Des troubles de la conduite : trouble oppositionnel avec provocation, trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité, état de stress post-traumatique.
- ▶ Des troubles d'apprentissages sévères et d'autres types de problèmes scolaires, notamment des retards et des redoublements.
- ▶ Des déficits importants au niveau des compétences sociales. Ces enfants ont souvent peu d'amis et entretiennent des relations amicales conflictuelles, teintées d'agressivité, de peur et d'impulsivité.
- ▶ Une faible tolérance à la frustration.
- ▶ De pauvres habiletés au niveau de la résolution de problèmes et de la gestion des situations nouvelles.

Le continuum évoqué précédemment regroupe les comportements sexuels problématiques chez les moins de 12 ans en trois groupes distincts.

Comportements sexuels réactifs⁴⁷

- ▶ Les comportements sexuels inappropriés sont en réaction à une situation de victimisation. Le sens des comportements est d'éliminer, en les répétant, la confusion et l'anxiété reliées aux expériences vécues.
- ▶ Autostimulation répétitive : attouchements, manipulations des organes génitaux, participation possible d'autres enfants dans la répétition de l'activité sexuelle, insertion de doigts dans les organes génitaux et caresses buccales.

PARTICULARITÉS

- ▶ Ces enfants manifestent plus de comportements sexuels et un plus grand intérêt pour la sexualité que les enfants du même âge.
- ▶ Ils présentent une sexualité compulsive.
- ▶ Habituellement, ces enfants ont été victimes de violence sexuelle ou exposés à des expériences de stimulation sexuelle.
- ▶ Ces enfants éprouvent une honte profonde, de la culpabilité et une anxiété intense face à la sexualité.
- ▶ Le comportement n'est pas agressif ou hostile, ne vise pas à abaisser un autre enfant.
- ▶ Ils ne cherchent pas à forcer ou à tyranniser d'autres enfants, ne menacent pas d'autres enfants.
- ▶ Le comportement se manifeste habituellement peu de temps après une violence sexuelle ou une expérience de stimulation sexuelle, et s'atténue par la suite.
- ▶ Ils reconnaissent habituellement la nécessité de cesser le comportement et acceptent l'aide en vue d'y arriver; l'abandon du comportement sexuel inapproprié est relativement facile à l'aide d'un traitement à court terme.

Comportements sexuels mutuels

- ▶ Les comportements sexuels sont faits entre enfants qui ont une problématique semblable et qui y consentent mutuellement.
- ▶ Le sens des comportements est d'agir sur l'agression subie, d'avoir du pouvoir sur l'autre, de satisfaire des pulsions, de nouer des relations, parfois de choquer et de faire réagir les adultes.
- ▶ Éventail complet des comportements sexuels adultes (caresses buccales, pénétration vaginale, pénétration anale, etc.), généralement avec des enfants du même âge et/ou de la même taille.

PARTICULARITÉS

- ▶ Les enfants de ce groupe présentent des comportements sexuels beaucoup plus persistants et précis que les enfants du groupe précédent.
- ▶ Leurs pensées et leurs actions sont dominées par la sexualité.
- ▶ Habituellement, ils ont été agressés sexuellement; ils évoluent souvent dans un milieu dysfonctionnel, très chaotique et de promiscuité sexuelle.
- ▶ Ils usent d'influence et de persuasion pour entraîner des enfants à peu près du même âge.

⁴⁷ Les titres des regroupements sont ceux de Cavanagh Johnson (1993) et traduits avec son autorisation par Claudia Tremblay et al. pour le PNF, 2002.

- ▶ Le comportement sexuel ne peut être modifié facilement; un traitement intense est nécessaire pour corriger le comportement.
- ▶ Ils affichent une attitude blasée, terre-à-terre dans leurs comportements sexuels avec d'autres enfants.

Comportements sexuels agressifs

- ▶ Comportements caractérisés par l'imposition des activités sexuelles aux autres enfants.
- ▶ Le sens des comportements est d'exprimer de la colère et de la rage, de soulager la peur, l'anxiété, la confusion. Sexualité est synonyme de pouvoir et d'agression.
- ▶ Grand éventail de comportements sexuels : attouchement des organes sexuels, rapport sexuel, viol, pénétration anale et pénétration par contrainte d'objets dans les organes génitaux et dans l'anus.

PARTICULARITÉS

- ▶ Les comportements sexuels des enfants de ce groupe dépassent largement l'exploration appropriée à leur niveau de développement et les jeux sexuels normaux.
- ▶ Leurs pensées et actions sont axées sur la sexualité. Ils présentent des comportements sexuels impulsifs, compulsifs et agressifs.
- ▶ Ils satisfont leurs propres besoins aux dépens de la victime.
- ▶ Ils usent de force ou de contrainte; ils recherchent des enfants vulnérables ou faciles à entraîner; peuvent recourir à des menaces de nature sociale ou psychologique pour obliger la victime à garder le silence.
- ▶ Ils ont une différence d'âge ou de taille importante par rapport à la victime.
- ▶ Le comportement sexuel se poursuit et s'accroît au fil du temps et présente un modèle constant.
- ▶ Ils éprouvent rarement de la compassion pour la victime; ils nient leur culpabilité quant au comportement sexuel.
- ▶ Ils ont des antécédents d'expériences sexuelles déviantes, y compris en tant que victime d'agression sexuelle ou de violence à caractère sexuel, qu'objet de photos pornographiques et de violence d'ordre physique et psychologique; ils ont été exposés à une stimulation sexuelle excessive à la maison.
- ▶ Habituellement, ils présentent aussi des problèmes de comportement en contexte familial et scolaire; ils sont souvent agressifs physiquement, ne sont pas outillés pour résoudre des problèmes, maîtrisent difficilement leurs pulsions; ont souvent des problèmes d'élimination.
- ▶ Ils doivent faire l'objet d'un traitement spécialisé approfondi en vue d'abandonner leur comportement sexuel agressif.

Caractéristiques familiales

On note la présence de certaines caractéristiques reliées à la famille, qui aggravent les risques d'apparition de comportements sexuels problématiques chez ces enfants. En général :

- ▶ La présence de conflits familiaux.
- ▶ Un milieu familial désorganisé.
- ▶ Un encadrement éducatif dysfonctionnel.
- ▶ L'absence de soutien et de cohésion.
- ▶ L'absence de relations positives entre le parent et l'enfant.
- ▶ Un environnement familial sexualisé.
- ▶ L'accessibilité à du matériel pornographique.
- ▶ L'absence de frontières sexuelles.

Il faut donc effectuer une lecture systémique du fonctionnement de ces familles dans lesquelles des jeunes manifestent des conduites inappropriées ou problématiques, comparables à celles des jeunes agresseurs sexuels plus âgés. Il est fort possible que ces familles manifestent un fonctionnement similaire à celui des familles aux prises avec une problématique de violence.

Le choix de l'approche du traitement tiendra compte de l'âge et des capacités du jeune impliqué et de sa famille. Dans certains cas, la clarification et l'encadrement seront suffisants, tandis que dans d'autres cas, on devra privilégier une approche thérapeutique cognitive comportementale combinée à une intervention familiale, telle que préconisée dans le programme « *À la croisée des chemins* » (Tremblay et Gagnon, 2005).

Chapitre 3 : Le processus d'intervention clinique en abus sexuels

Le tronc commun du programme a décrit comment le PIC s'appliquait à toutes les situations de violence familiale. Nous spécifierons ici les éléments particuliers aux situations d'abus sexuels.

Les étapes du processus d'intervention sont :

- ▶ La collecte des données.
- ▶ L'analyse des données.
- ▶ La planification de l'intervention (Plan d'intervention élaboré, réalisé et révisé).

3.1 La collecte des données (RTS et E/O)

La collecte des données commence dès la réception du signalement au service de RTS et l'intervenant recueille suffisamment d'informations sur la situation et la crédibilité du signalant pour décider si le signalement doit être retenu pour évaluation.

La collecte des données effectuée par l'intervenant E/O pour statuer sur la compromission de la sécurité ou du développement dans une situation d'allégation d'abus sexuel s'appuie sur :

- ▶ Le dévoilement fait par l'enfant victime et la description des gestes abusifs.
- ▶ Toute information corroborante fournie par le parent non abuseur et/ou la fratrie.
- ▶ Les preuves matérielles recueillies dans l'environnement où s'est produit l'abus.
- ▶ Tout élément ou fait corroborant fourni par des témoins, incluant la fratrie et d'autres enfants qui ont été aussi agressés, ou provenant de personnes qui ont vu ou entendu parler des actes abusifs.
- ▶ Les résultats d'un examen médical.
- ▶ La présence d'indicateurs affectifs et comportementaux chez les enfants victimes, notamment des comportements ouvertement sexualisés.
- ▶ L'aveu direct de l'abuseur.

Elle se complète par des éléments du modèle multidimensionnel spécifiques aux abus sexuels :

Caractéristiques de l'enfant	Type de violence sexuelle subie : <ul style="list-style-type: none"> ▶ Séquelles apparentes : <ul style="list-style-type: none"> • Sur le fonctionnement : anxiétés, peurs, conduites excessives, inappropriées. • Sur le développement (<i>GED</i> ou <i>Grille de développement</i>). • Symptôme d'un « Trouble de stress post-traumatique »⁴⁸. ▶ Concomitance avec d'autres situations de violence.
-------------------------------------	---

⁴⁸ Notion définie et décrite dans le tronc commun du programme, encart page 17.

- | | |
|--|--|
| Caractéristiques du parent en tant qu'adulte | <ul style="list-style-type: none"> ▶ Antécédents d'abus sexuels subis. ▶ Contexte de violence conjugale. ▶ Antécédents d'abus sexuels sur des enfants. ▶ Une problématique individuelle : trouble de santé mentale, déficience intellectuelle, trouble neurologique, problème de dépendance. |
| Caractéristiques du parent en tant que parent | <ul style="list-style-type: none"> ▶ Antécédents de mauvais traitements envers l'enfant ou d'autres enfants de la famille. ▶ Capacité de protéger contre les abus sexuels et autres. ▶ Capacité à répondre aux besoins de l'enfant. |
| Les relations familiales | <ul style="list-style-type: none"> ▶ Antécédents d'abus sexuels dans la famille. ▶ Niveau d'étanchéité des frontières intergénérationnelles. ▶ État de la relation entre la fratrie et l'enfant abusé. |
| Relation avec le milieu social | <ul style="list-style-type: none"> ▶ Facteurs de stress familiaux (maladie, décès, emploi, argent, logement, etc.). ▶ Personnes de soutien pour préparer des scénarios de protection. |
| Relation avec les services | <ul style="list-style-type: none"> ▶ Services antérieurs reçus ou refusés par rapport à des situations d'abus sexuels ou d'autres mauvais traitements. ▶ Accès aux services. |

L'intervenant à E/O et son partenaire du corps policier peuvent estimer pertinent d'ajouter les résultats d'un examen médical selon les considérations suivantes :

- ▶ Les besoins de soins médicaux immédiats et à prescrire.
- ▶ Le soutien de la preuve d'abus sexuels.
- ▶ La recherche de conséquences moins apparentes, mais non moins importantes pour le développement de l'enfant.

Les « *Centres désignés pour les victimes d'agression sexuelle en Montérégie* », le « *Carrefour sociomédical jeunesse du Grand Longueuil* » et le « *Centre d'expertise Marie-Vincent* » ont les infrastructures, les outils et le personnel formé pour réaliser les examens médicaux (en tout temps et non seulement en urgence) indiqués dans les situations d'abus sexuels (coordonnées de ces centres dans le « *Répertoire des activités cliniques* »). Les pédiatres membres de l'AMPEQ sont reconnus comme des experts en protection de l'enfance et en mesure de soutenir le DPJ dans l'évaluation des allégations d'abus sexuels subis par un enfant ou un adolescent.

Dans les cas où des symptômes de stress post-traumatiques apparaissent, des données additionnelles sont fournies par les outils présentés dans le tronc commun, en particulier :

- ▶ *Échelle post-traumatique pour enfants* (état psychologique conséquent aux abus).

3.2 L'analyse (E/O et A/M à chaque révision du PI ou de la situation)

L'analyse se base sur ce qui est défini dans le tronc commun du programme : elle consiste à établir les liens entre :

- ▶ Les faits relatifs aux abus sexuels, leurs circonstances ainsi que leurs séquelles, tels que recueillis lors de l'entrevue d'investigation, les observations directes et le contact avec les personnes en cause.
- ▶ Les données recueillies à partir du modèle multidimensionnel.
- ▶ Les éléments reliés au fonctionnement de la famille :
 - Similitude avec les caractéristiques communes aux familles aux prises avec des problèmes d'abus et de violence.
- ▶ La reproduction intergénérationnelle des abus sexuels ou autres.
- ▶ Les facteurs individuels associés aux gestes posés d'abus sexuels.

L'intervenant formule une hypothèse systémique qui établit le rôle joué par les divers facteurs inventoriés dans l'émergence et le maintien des abus sexuels, et du sens qu'ils ont dans l'équilibre et le fonctionnement de la famille.

L'analyse se poursuit par une estimation des déterminants pour comprendre jusqu'à quel point les parents :

- ▶ Reconnaittent la gravité des gestes et s'il y a lieu, la dynamique en cause.
- ▶ Sont capables d'apporter les correctifs à la situation (protéger l'enfant et développer leurs capacités).
- ▶ Sont motivés et disposés à le faire avec l'aide des intervenants et services nécessaires.

Ces mêmes déterminants sont aussi appliqués à la situation d'un jeune qui manifeste des conduites inappropriées ou abusives.

3.3 La planification de l'intervention

LES CIBLES DE L'INTERVENTION

Deux cibles sont à atteindre dans l'élaboration des objectifs spécifiques dans les situations d'abus sexuels :

- ▶ La protection des enfants.
- ▶ Le traitement : le soutien au développement des compétences, le rétablissement des rôles respectifs des parents et des enfants, et l'établissement d'un fonctionnement familial qui prévient les abus sexuels.

Nous présentons les cibles à viser pour la famille et chacun de ses membres, en rapport avec chacune des priorités. Le tout doit être adapté à la situation précise de la famille, et élaboré avec elle pour que cela devienne des objectifs spécifiques d'un plan d'intervention ou d'un plan de services individualisé (PI ou PSI).

Tableau 26 Cibles de l'intervention

Le jeune victime	
Priorité : protection	Priorité : traitement
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Lui assurer un milieu de vie où il est protégé contre les abus sexuels. ▶ Augmenter sa capacité à utiliser des scénarios de protection, et des mécanismes d'appel à l'aide qui tiennent compte de son âge et de son développement : avec des personnes et ressources du milieu, de la famille élargie. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Poursuivre l'évaluation des impacts des abus sexuels sur son développement et son fonctionnement. ▶ Être rassuré sur son intégrité physique (examen médical). ▶ Favoriser l'expression des émotions liées aux abus sexuels et au dévoilement. ▶ Recadrer ses perceptions sur la sexualité, la dynamique de l'abus sexuel et les normes sociales en rapport avec la sexualité. ▶ Reconnaître les sentiments vécus : culpabilité, responsabilité (participation passive ou active), colère, déception, etc. ▶ Être supporté dans son vécu des conséquences du dévoilement. ▶ Diminuer le potentiel de risque de développer un profil d'abuseur ou de victime. ▶ Retrouver sa place d'enfant dans sa famille. ▶ Développer des comportements appropriés à son âge.

Tableau 26 Cibles de l'intervention

La fratrie	
Priorité : protection	Priorité : traitement
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Assurer qu'elle ne devient pas à son tour victime d'abus sexuels. ▶ La maintenir informée du processus en cours et des mesures de protection touchant les autres jeunes. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Comprendre le sens des décisions prises. ▶ Être soutenue dans leur développement sexuel adéquat. ▶ Faciliter la résolution des conflits d'allégeance, quand il y en a. ▶ Rétablir les limites personnelles et les rôles appropriés au sein de la famille. ▶ Diminuer le potentiel de risque de développer un profil d'abuseur ou de victime.

Le parent non abuseur (ou conjoint)	
Priorité : protection	Priorité : traitement
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Soutenir le respect des interdits, sa collaboration aux mesures et aux scénarios de protection des jeunes. ▶ Établir une collaboration étroite à la dispensation des services offerts à lui-même et à ses enfants. ▶ 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Reconnaître l'impact des abus sexuels sur le jeune et sur les autres membres de sa famille. ▶ Favoriser l'expression des émotions liées aux abus sexuels. ▶ Identifier les enjeux personnels, familiaux et conjugaux qui ont contribué à l'émergence des abus sexuels dans la famille. ▶ Être supporté dans l'exercice de son rôle de protection et de prévention des abus sexuels, afin de demeurer supportant. ▶ Être supporté dans le vécu des conséquences du dévoilement. ▶ Améliorer ses compétences parentales générales et spécifiques à répondre aux besoins de développement des enfants. ▶ Consolider sa relation avec le jeune. ▶ Être supporté à briser son isolement et celui de la famille. ▶ Maintenir une communication de couple et familiale ouverte en rapport avec les abus sexuels et les autres problèmes vécus par la famille.

Tableau 26**Cibles de l'intervention (suite)**

Le parent abuseur (ou conjoint)	
Priorité : protection	Priorité : traitement
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Prendre les moyens pour cesser ses conduites et recevoir les services nécessaires. ▶ Respecter les mesures de protection, les interdits et les modalités de contacts. ▶ Respecter les mesures d'aide apportées aux membres de la famille; y participer éventuellement. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Augmenter la prise de conscience des conséquences des abus sexuels sur la victime et les autres personnes concernées. ▶ Respecter l'interdit de l'abus sexuel. ▶ Rétablir une relation saine avec le jeune (lorsque possible). ▶ Susciter l'engagement continu dans un processus de changement de ses comportements dans l'expression de sa sexualité. ▶ Être supporté à clarifier sa situation conjugale. ▶ Maintenir une communication de couple et familiale ouverte en rapport avec les abus sexuels et les autres problèmes vécus par la famille.

Le jeune avec des conduites inappropriées ou abusives	
Priorité : protection	Priorité : traitement
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Prendre les moyens pour cesser ses conduites et recevoir les services nécessaires. ▶ Respecter les mesures de protection, les interdits et les modalités de contacts. ▶ 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Augmenter la prise de conscience des conséquences des conduites inappropriées sur la victime et les autres personnes concernées. ▶ Explorer et comprendre le sens de ses conduites inappropriées ou abusives. ▶ Apporter les correctifs nécessaires à l'expression de sa sexualité, selon la méthode appropriée à la gravité et l'intensité des conduites. ▶ Au besoin, susciter l'engagement continu dans un processus de changement approfondi de ses comportements dans l'expression de sa sexualité (programme spécialisé). ▶ Développer ses habiletés sociales et relationnelles.

La famille	
Priorité : protection	Priorité : traitement
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Se soutenir mutuellement pour assurer la protection des enfants, respecter les mesures de protection et utiliser les scénarios appropriés de protection. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ S'assurer que tous les membres de la famille participent et s'impliquent, dans la mesure de leurs capacités et leur développement, à l'établissement d'un fonctionnement familial sans abus sexuels. ▶ Accéder à des moyens qui contrent l'isolement social et les sources de stress, qui améliorent leur situation socio-économique, et qui atténuent la portée des facteurs de risque d'apparition des abus sexuels inhérents à leur situation.

LES ACTIVITES CLINIQUES

Les objectifs spécifiques élaborés avec le jeune et sa famille seront atteints par les moyens (PIC, 2005) que le jeune et la famille prendront pour assurer la protection des enfants et développer ou restaurer leurs capacités parentales. L'atteinte des objectifs sera soutenue par les activités cliniques (PIC, 2005) que les intervenants offriront au jeune et à sa famille. Ces activités cliniques seront aussi fournies par les établissements et les organismes communautaires qui offrent des services spécialisés complémentaires à ceux du CJM. Les pages qui suivent présentent un tableau de ces activités, toutes reprises en détail dans le « *Répertoire des activités cliniques* » qui complète le programme.

Tableau 27**Activités cliniques offertes au CJM**

Activité clinique	Acteurs et description	Clientèle
SUIVI INDIVIDUEL PSYCHOSOCIAL	<p>† <u>Intervenant psychosocial du CJM</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Créer et maintenir un lien avec les membres de la famille de façon à les accompagner tout au long du processus d'intervention (élaboration, mise en œuvre et révision d'un PI et PSI). ▶ Coordonner et faciliter l'accès aux services nécessaires à chacun des membres de la famille. ▶ Obtenir les autorisations nécessaires pour suivre le cheminement et l'évolution de chacun dans les services reçus chez les partenaires. ▶ Faciliter et susciter la convergence et la cohérence entre les interventions issues des divers réseaux de services oeuvrant auprès du jeune et sa famille. ▶ Assurer le développement et l'utilisation de scénarios de protection et d'appel à l'aide. ▶ Susciter le rétablissement et le développement des habiletés nécessaires à leur développement (enfant et parents) et à l'exercice de leurs compétences parentales. ▶ La victime d'abus sexuels : <ul style="list-style-type: none"> • Exprimer et apaiser les sentiments négatifs de colère, de culpabilité et de honte. • Rétablir l'image de soi atteinte par les abus : la victimisation, l'isolement, la confiance dans les autres, l'estime de soi, etc. • Ouvrir et partager sur le « secret », le « piège ». • Se réapproprier son corps, ses frontières, sa sexualité. ▶ Le jeune avec des conduites inappropriées ou abusives : <ul style="list-style-type: none"> • Soutenir sa motivation à accepter les correctifs à l'expression de sa sexualité. • Soutenir son engagement dans un processus de changements et de prévention de la récurrence. ▶ Les parents : <ul style="list-style-type: none"> • Recadrage des perceptions de la situation, de ses effets, de ses conséquences sur les adultes et les enfants. • Identification des situations à risque et des éléments déclencheurs des comportements d'abus sexuels. • Soutien du couple dans son rôle parental. ▶ L'abuseur sexuel : <ul style="list-style-type: none"> • Assurer le suivi de son cheminement dans les services auxquels il a accès. 	LES ENFANTS SIGNALÉS : VICTIMES, EXPOSÉS OU AGISSANTS LEURS PARENTS

Tableau 27 Activités cliniques offertes au CJM (suite)

Activité clinique	Acteurs et description	Clientèle
RENCONTRE FAMILIALE	<p>‡ <u>Intervenant psychosocial du CJM</u></p> <p>Intervention centrée sur le fonctionnement de la famille, mais seulement lorsque le cheminement de chacun fait en sorte que le risque de violence interpersonnelle et de la reproduction de la problématique de violence soient devenus faibles.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Développer des scénarios de prévention des abus sexuels. ▶ Dénouer les conflits de loyauté; recadrer l'attribution de la responsabilité du déséquilibre familial. ▶ Redéfinir les rôles, les règles, les frontières, la communication entre les adultes et les enfants, pour réduire le risque de résurgence des abus. 	FAMILLE

Activité clinique	Acteurs et description	Clientèle
INTERVENTION DE RÉADAPTATION	<p>‡ <u>Intervenant éducateur du CJM</u></p> <p>Intervention individuelle ou de groupe auprès d'un enfant ou un adolescent, dans un cadre externe ou en internat, pour compléter l'intervention psychosociale par rapport au fonctionnement dans la vie quotidienne, à l'augmentation de l'adaptabilité aux situations, à l'application des connaissances et compétences acquises par d'autres interventions (thérapie, groupe, etc.) :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Développer l'ensemble de ses forces du moi : ses compétences en rapport avec son adaptation et ses habiletés sociales (résolution de conflits, isolement, estime de soi, gestion de la colère, expression de soi). ▶ Identifier des comportements qui apportent des conséquences négatives et leur apporter des alternatives. ▶ Intervention spécifique aux enfants manifestant des conduites sexuelles problématiques : programme « <i>À la croisée des chemins</i> ». 	ENFANT OU ADOLESCENT VICTIME OU JEUNE –12 ANS AVEC CONDUITES SEXUELLES INAPPROPRIÉES

Activité clinique	Acteurs et description	Clientèle
PSYCHOTHÉRAPIE COURT TERME	<p><u>Intervenant psychologue du CJM</u></p> <p>Le support psychologique permet de soutenir à court terme l'intervention psychosociale :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ La psychothérapie court terme apporte au jeune un espace d'écoute, qui permet de dénouer certains aspects de sa dynamique interne pouvant faire entrave à l'implication dans le suivi psychosocial ou d'autres activités cliniques appropriées à sa situation. 	ENFANT ADOLESCENT VICTIME OU AVEC CONDUITES SEXUELLES INAPPROPRIÉES

Tableau 27 Activités cliniques offertes au CJM (suite)

Activité clinique	Acteurs et description	Clientèle
DÉVELOPPEMENT DE LA RELATION PARENT/ENFANT (6-12 ANS)	<p>‡ <u>Intervenant psychosocial et Éducateur Enfance du CJM</u></p> <p>Intervention qui développe simultanément les compétences parentales et les habiletés sociales des jeunes. Le fonctionnement familial est amélioré au travers le développement d'une interaction plus positive entre le parent et le jeune et du temps de qualité entre eux, dans le groupe, et ensuite dans la vie quotidienne.</p>	PARENT/ENFANT

Activité clinique	Acteurs et description	Clientèle
GROUPE DE PARENTS	<p>‡ <u>Intervenant psychosocial et Éducateur CSRE du CJM</u></p> <p>Intervention qui fournit aux parents des méthodes éducatives adéquates pour améliorer le fonctionnement de la famille au point de vue de la compréhension des besoins des enfants, des règles, de la communication, de la résolution des conflits, etc., par le partage en groupe, l'apprentissage de nouveaux comportements et leur utilisation dans la vie quotidienne de la famille.</p> <p>Cette intervention peut être utile au parent qui reste avec les enfants pendant que le parent abuseur restaure sa capacité de gérer adéquatement ses besoins sexuels.</p> <p>Elle est inutile tant que le parent non abuseur n'a pas reconnu comment les abus ont pu être introduits dans la dynamique de la famille, et décidé d'exercer sa responsabilité de les empêcher.</p>	PARENTS

Tableau 28 **Activités offertes par des établissements
et des organismes communautaires**

Activité clinique	Acteurs et description	Clientèle
EXPERTISE, ÉVALUATION ET SUIVI MÉDICAL	<p>‡ <u>Intervenant</u> d'un établissement médical</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Centre désigné pour les victimes d'agressions sexuelles : urgence 0-5 jours suite aux abus et en tout temps par la suite. ▶ Carrefour sociomédical (Longueuil). ▶ Centre d'expertise en agression sexuelle Marie-Vincent. <p>Intervention médicosociale⁴⁹ spécialisée qui vise à :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Évaluer et satisfaire les besoins de la victime, afin d'atténuer l'impact de l'abus. ▶ Informer et soutenir la victime et ses proches. ▶ Déceler et traiter les lésions corporelles, en particulier les lésions génitales. ▶ Prévenir une grossesse. ▶ Déceler, traiter et prévenir les ITSS. ▶ Recueillir des éléments de preuve. ▶ Rassurer la victime sur son intégrité physique et psychologique lorsque nécessaire; rassurer aussi les parents. ▶ S'assurer que la victime est en sécurité. ▶ Offrir un suivi psychosocial (selon l'organisation des services de la sous-région concernée). 	ENFANTS OU ADOLESCENTS VICTIMES

Activité clinique	Acteurs et description	Clientèle
LA THÉRAPIE INDIVIDUELLE OU DE GROUPE POUR ENFANTS ABUSÉS	<p>‡ <u>Thérapeute</u> spécialisé dans les cas de jeunes victimes d'abus sexuels, oeuvrant dans un établissement ou un organisme communautaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ CSSS, IVAC, CAVAC, CAPAS. ▶ Ressources pour enfants et leurs parents (Bottin des ressources, Intranet). ▶ La Traversée. <p>Permet de :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Réduire à court ou à moyen terme les séquelles psychologiques résultant des abus, les entraves à leur fonctionnement, les écueils dans le développement de leur personnalité. ▶ Sortir de leur isolement et éviter la stigmatisation. ▶ Faciliter la réparation du trauma. ▶ Restaurer la confiance aux autres. ▶ Retrouver le droit perdu à la parole. ▶ Se donner des scénarios de protection. 	ENFANTS OU ADOLESCENTS ABUSÉS

⁴⁹ Gouvernement du Québec, 2001.

Tableau 28 **Activités offertes par des établissements et des organismes communautaires (suite)**

Activité clinique	Acteurs et description	Clientèle
LA THÉRAPIE INDIVIDUELLE OU DE GROUPE POUR PARENTS ABUSEURS	<p>‡ <u>Thérapeute</u> spécialisé <u>dans</u> les cas de parents abuseurs, oeuvrant dans un établissement ou un organisme communautaire spécialisé :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ CSSS. ▶ RIMAS, CIVAS. ▶ CPLM. ▶ Programmes en milieu carcéral. ▶ Ressources pour parents abuseurs (Bottin des ressources, Intranet). <p>Permet de :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Entreprendre une démarche d'introspection et de changements pour renoncer aux comportements d'abus sexuels selon diverses approches adaptées aux difficultés de l'abuseur : ▶ Le traitement cognitivo behavioriste. ▶ La prévention de la récidive (chaîne délictuelle). ▶ La modification des préférences sexuelles. ▶ La modification des erreurs de pensée. ▶ L'entraînement aux habiletés sociales. ▶ L'éducation sexuelle. ▶ La résolution de problèmes. ▶ Le traitement hormonal. 	PARENT ABUSEUR

Activité clinique	Acteurs et description	Clientèle
ACTIVITÉS DE SOCIALISATION ATELIER DE STIMULATION ACTIVITÉS D'EXPRESSION GROUPES DE SOUTIEN	<p>‡ <u>Intervenant</u> d'un <u>établissement</u> ou un organisme communautaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Centre de jour. ▶ Centre de la petite enfance. ▶ ESPACE (Prévention des abus faits aux enfants). ▶ Milieu scolaire. ▶ Colonies de vacances. ▶ CSSS. ▶ Maisons de la famille. <p>Interventions diverses qui permettent aux enfants et adolescents de compléter et poursuivre le développement de leurs compétences sociales et personnelles.</p>	ENFANTS 0-5 ANS, 6-12 ANS, 12-18 ANS

Tableau 28**Activités offertes par des établissements
et des organismes communautaires (suite)**

Activité clinique	Acteurs et description	Clientèle
INTERVENTION EN TOXICOMANIE SANTÉ MENTALE PSYCHIATRIE	† <u>Intervenant</u> d'un <u>établissement</u> ou un organisme communautaire Intervention souvent nécessaire pour compléter l'intervention en violence, en toxicomanie et les problèmes de santé mentale étant souvent associés à la problématique de violence.	ADULTES

Ces activités, au besoin, seront poursuivies après l'intervention dans le cadre de la LPJ. D'autres organismes peuvent être mis à contribution dans l'intervention pour répondre à des besoins particuliers de la famille : consultation budgétaire, banque de vêtements, de nourriture, de biens, loisirs adaptés, accompagnement, etc.

Conclusion

Le module abus sexuels offre à l'intervenant des connaissances et des pistes d'intervention sur les situations où des enfants subissent des abus sexuels. Il rappelle que les comportements qui peuvent servir d'indicateurs d'abus subis doivent aussi être interprétés avec prudence en évaluant ce qui peut être attribué à d'autres causes.

Les effets des abus sexuels sur les victimes peuvent être considérables et traumatiques, d'autant plus si les situations sont ignorées ou pas dévoilées. L'enfant qui, suite à un abus, reçoit rapidement un support et un traitement, ainsi que sa famille, a plus de chances d'en réduire les séquelles.

L'usage de l'entrevue d'investigation comme méthode privilégiée d'entrevue lors de situations d'abus est réaffirmé.

Le chapitre sur les conduites sexuelles inappropriées permet à l'intervenant de situer ces conduites par rapport à un continuum allant des conduites saines d'exploration, à des conduites sexuelles agressives problématiques.

Que ce soit par rapport aux abus sexuels ou aux conduites sexuelles inappropriées, les cibles de l'intervention visent autant les parents que les enfants, en complémentarité avec les partenaires, lorsque requis.

Annexes

Annexe 6 : Article 150.1 du Code criminel.

Annexe 7 : Comportements normaux ou problématiques relatifs au sexe et à la sexualité.

Annexe 6**Article 150,1, Code criminel****Article 150.1**

(1) Lorsqu'une personne est accusée d'une infraction prévue aux articles 151 ou 152, aux paragraphes 153(1), 160(3) ou 173(2), ou d'une infraction prévue aux articles 271, 272 ou 273 à l'égard d'un plaignant âgé de moins de quatorze ans, ne constitue pas un moyen de défense le fait que le plaignant a consenti aux actes à l'origine de l'accusation.

(2) Par dérogation au paragraphe (1), lorsqu'une personne est accusée d'une infraction prévue aux articles 151 ou 152, au paragraphe 173(2) ou à l'article 271 à l'égard d'un plaignant âgé de douze ans ou plus, mais de moins de quatorze ans, le fait que le plaignant a consenti aux actes à l'origine de l'accusation ne constitue un moyen de défense que si l'accusé, à la fois :

a) est âgé de douze ans ou plus, mais de moins de seize ans;

b) est de moins de deux ans l'aîné du plaignant;

c) n'est ni une personne en situation d'autorité ou de confiance vis-à-vis du plaignant ni une personne à l'égard de laquelle celui-ci est en situation de dépendance ni une personne qui est dans une relation où elle exploite le plaignant.

(3) Une personne âgée de douze ou treize ans ne peut être jugée pour une infraction prévue aux articles 151 ou 152 ou au paragraphe 173(2) que si elle est en situation d'autorité ou de confiance vis-à-vis du plaignant, est une personne à l'égard de laquelle celui-ci est en situation de dépendance ou une personne qui est dans une relation où elle exploite le plaignant.

(4) Le fait que l'accusé croyait que le plaignant était âgé de quatorze ans au moins au moment de la perpétration de l'infraction reprochée ne constitue un moyen de défense contre une accusation portée en vertu des articles 151 ou 152, des paragraphes 160(3) ou 173(2) ou des articles 271, 272 ou 273 que si l'accusé a pris toutes les mesures raisonnables pour s'assurer de l'âge du plaignant.

(5) Le fait que l'accusé croyait que le plaignant était âgé de dix-huit ans au moins au moment de la perpétration de l'infraction reprochée ne constitue un moyen de défense contre une accusation portée en vertu des articles 153, 159, 170, 171 ou 172 ou des paragraphes 212(2) ou (4) que si l'accusé a pris toutes les mesures raisonnables pour s'assurer de l'âge du plaignant.

Annexe 7

Comportements normaux ou problématiques relatifs au sexe et à la sexualité Enfants de maternelle à la quatrième année (âge prépubère)

Naturels et attendus	Inquiétants à clarifier ou à corriger	Demandant l'aide d'un professionnel
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Pose des questions au sujet des organes génitaux, des seins, des rapports sexuels et des bébés. ▶ Intéressé à observer et à regarder furtivement les personnes accomplissant leur fonction d'excrétion. ▶ Utilise des mots « vulgaires » pour décrire les fonctions d'excrétion, les organes génitaux et le sexe. ▶ Joue au docteur, inspecte le corps des autres. ▶ Les garçons et les filles sont intéressés à avoir / donner naissance à un bébé. ▶ Montre ses organes génitaux aux autres. ▶ S'intéresse à l'évacuation de l'urine et à la défécation. ▶ Se touche ou se frotte les organes génitaux quand il va au lit, quand il est tendu, excité ou qu'il a peur. ▶ Joue à la maison et peut imiter tous les rôles de la mère et du père. ▶ Pense que les enfants de l'autre sexe sont grossiers. Chasse ces enfants. ▶ Parle de sexe avec les amis. Parle d'avoir un petit ami ou une petite amie. ▶ Désire avoir son intimité quand il est dans la salle de bain ou qu'il se change. ▶ Aime entendre et dire des farces « salées ». ▶ Regarde des photographies de personnes nues. ▶ Se livre à des jeux liés au sexe et à la sexualité avec des enfants du même âge. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Manifeste de la peur ou de l'anxiété pour ce qui est des questions sexuelles. ▶ Continue de se faire prendre à épier, à observer, à regarder furtivement les autres accomplissant leur fonction d'excrétion. ▶ Continue d'utiliser des mots « vulgaires » en présence d'adultes après que les parents lui ont interdit de le faire et l'ont puni. ▶ Joue souvent au docteur et se fait prendre après s'être fait dire « non ». ▶ Le garçon continue de faire croire qu'il attend un bébé après des mois. ▶ Veut se montrer nu en public après que ses parents le lui ont interdit et l'ont puni. ▶ Joue avec ses fèces. Urine délibérément à l'extérieur de la cuvette de la toilette. ▶ Continue de se toucher et de se frotter les organes génitaux en public après qu'on le lui a défendu. Se masturbe avec les meubles ou avec des objets. ▶ Baise tout habillé d'autres enfants. Reproduit un comportement sexuel avec des poupées et des jouets en peluche. ▶ Dit des mots vulgaires quand les autres enfants se plaignent vraiment. ▶ S'attire des ennuis parce qu'il parle de sexe. Romance toutes les relations. ▶ Devient très irrité quand quelqu'un le regarde se changer. ▶ Continue de se faire prendre en train de raconter des histoires « salées ». Émet des sons à connotation sexuelle, par exemple, des gémissements. ▶ Se fascine toujours pour les photographies de personnes nues. ▶ Désire se livrer à des jeux liés au sexe et à la sexualité avec des enfants plus jeunes ou plus vieux. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Questions interminables au sujet du sexe. Trop grande connaissance de la sexualité pour son âge. ▶ Refuse de laisser les gens seuls dans la salle de bain. ▶ Continue d'utiliser des mots « vulgaires » même après avoir été expulsé de l'école et exclu d'activités. ▶ Oblige l'enfant à jouer au docteur et à enlever ses vêtements. ▶ Manifeste de la peur ou de la colère au sujet des bébés ou des rapports sexuels. ▶ Refuse de s'habiller. S'expose en public après avoir été grondé plusieurs fois. ▶ Joue ou se salit très souvent avec ses fèces. Urine délibérément sur les meubles. ▶ Se touche et se frotte les organes génitaux en public ou en privé, à l'exclusion des actes normaux posés par les enfants. Se masturbe sur les gens. ▶ Baise nu. Rapports sexuels avec un autre enfant. Contraint un autre enfant à avoir des rapports sexuels. ▶ Use d'un mauvais langage contre la famille des autres enfants. Blesse les enfants de l'autre sexe. ▶ Parle beaucoup de sexe et d'actes sexuels. A très souvent des problèmes à cause de son comportement sexuel. ▶ Exige son intimité de façon agressive ou en pleurant. ▶ Persiste à raconter des histoires « salées » même après avoir été expulsé de l'école et exclu d'activités. ▶ Veut se masturber à la vue de photographies de personnes nues ou veut montrer ces photos. ▶ Contraint d'autres enfants à se livrer à des jeux sexuels. Un groupe d'enfants contraint un enfant ou des enfants à jouer.

Suite...

Naturels et attendus	Inquiétants à clarifier ou à corriger	Demandant l'aide d'un professionnel
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Dessine des organes génitaux aux personnages humains. ▶ Explore les différences entre les hommes et les femmes ainsi que les garçons et les filles. ▶ Profite des occasions qui s'offrent de regarder un enfant ou un adulte nu. ▶ Prétend être une personne du sexe opposé. ▶ Veut comparer ses organes génitaux avec ceux de ses amis du même âge. ▶ Veut toucher les organes génitaux, la poitrine et les fesses des enfants de son âge ou se faire toucher par eux. ▶ Embrasse les adultes et les enfants qu'il connaît. Se laisse embrasser par les adultes et les enfants qu'il connaît. ▶ Regarde les organes génitaux et les seins des adultes. ▶ Érections. ▶ Introduit quelque chose dans ses organes génitaux ou son rectum par curiosité, poussé par son sens de la découverte. ▶ Intéressé à l'accouplement des animaux. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Dessine des organes génitaux à un personnage et pas à un autre. Les organes génitaux sont disproportionnés par rapport au corps. ▶ Toujours confus au sujet des différences entre les hommes et les femmes après avoir posé toutes les questions nécessaires. ▶ Regarde fixement et se cache pour regarder fixement des personnes nues même s'il en a souvent vues. ▶ Veut être une personne du sexe opposé. ▶ Veut comparer ses organes génitaux avec ceux des enfants beaucoup plus âgés ou plus jeunes ou avec des adultes. ▶ Veut continuellement toucher les organes génitaux, la poitrine et les fesses d'autres enfants. Essaie de s'engager dans des relations sexuelles orales, anales ou vaginales. ▶ Baisers pénétrants. Propos à caractère sexuel. Peur de se faire étreindre et embrasser par des adultes. Ennuyé par les démonstrations d'affection en public. ▶ Touche et regarde fixement les organes génitaux, les seins et les fesses des adultes. Demande que l'adulte touche ses organes génitaux. ▶ Érections continuelles. ▶ Introduit quelque chose dans ses organes génitaux et son rectum quand il est mal à l'aise. Introduit quelque chose dans les organes génitaux et le rectum d'un autre enfant. ▶ Touche les organes génitaux des animaux. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Les organes génitaux sont l'aspect prédominant des dessins. Représentations de rapports sexuels entre deux personnes et en groupe. ▶ Joue les rôles de l'homme et de la femme avec tristesse, colère ou agressivité. Déteste son sexe et l'autre sexe. ▶ Demande aux personnes de se déshabiller. Essaie de déshabiller les gens de force. ▶ Déteste être une personne de son sexe. A ses organes génitaux en horreur. ▶ Demande à voir les organes génitaux, les seins et les fesses des enfants ou des adultes. ▶ Manipule ou force un autre enfant à se laisser toucher les organes génitaux, la poitrine et les fesses. Activités sexuelles orales, anales ou vaginales forcées ou consenties. ▶ Trop familier avec les inconnus. Propos et actes sexualisés en présence d'adultes inconnus. Le contact physique avec un adulte est une source d'agitation extrême. ▶ Touche sournoisement ou agressivement les organes génitaux, les seins et les fesses des adultes. Essaie de manipuler l'adulte de façon à se faire toucher par lui. ▶ Érections douloureuses. ▶ Introduit de force ou de façon coercitive quelque chose dans les organes génitaux et le rectum d'un autre enfant. Pénétration anale ou vaginale. Porte atteinte à ses organes génitaux et à son rectum ou aux organes génitaux et au rectum d'autres personnes. ▶ Activités sexuelles avec des animaux.

Chez les adolescents

Comportements normaux	Comportements suggérant la pertinence d'une surveillance ou d'une évaluation par un professionnel	Comportements appelant une évaluation et une intervention professionnelle	Comportements nécessitant une réponse légale, une évaluation et un traitement
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Une discussion explicite à caractère sexuel entre pairs, l'utilisation de jurons sexuels, des blagues obscènes. ▶ Un intérêt pour du matériel érotique et son utilisation lors d'actes de masturbation. ▶ Des allusions à caractère sexuel lors de flirts et de fréquentations. ▶ Une activité sexuelle entre pairs sans coït et avec consentement mutuel. ▶ Une masturbation avec consentement mutuel. ▶ Une relation sexuelle avec consentement mutuel. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Une préoccupation/anxiété relative à la sexualité. ▶ L'utilisation de matériel pornographique « <i>hardcore</i> ». ▶ Une combinaison de sexualité et d'agressivité. ▶ Ces comportements isolés cherchant à se montrer, à voir, à se frotter, ou le fait de faire des téléphones obscènes. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Des masturbations compulsives, chroniques ou publiques. ▶ Des tentatives persistantes ou agressives de mettre à nu les organes génitaux des autres. ▶ L'utilisation chronique de matériel pornographique à thèmes violents ou sadiques. ▶ Des conversations sexuelles explicites avec des enfants significativement plus jeunes. ▶ Des touchers aux organes génitaux des autres sans permission. ▶ Des menaces sexuelles explicites. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Des comportements persistants de voyeurisme, d'exhibitionnisme, de frottage et de téléphones obscènes. ▶ Des contacts sexuels avec des enfants significativement plus jeunes. ▶ Des agressions sexuelles, des viols. ▶ Infliger des blessures génitales à d'autres. ▶ Des contacts sexuels avec des animaux.



RÉFÉRENCES

Références

- American Prosecutors Research Institute (APRI) (1989). Investigation and prosecution of child abuse. Virginia : APRI.
- American Psychiatric Association (1994). MINI DSM IV. Critères diagnostiques. Washington, DC. Traduction française par J.-D. Guelfi et al. Paris : Masson, 1996.
- Arseneau, L. et Beaulieu, M.-C. (2004). J'ai besoin d'aide. Mon papa et ma maman se chicanent trop fort. Atelier, Québec : Congrès de l'ACJQ.
- Association des Centres jeunesse du Québec (1991). L'abus sexuel. Adopté par la Table des directeurs de la protection de la jeunesse, Montréal.
- Association des Centres jeunesse du Québec (1995). Concept de protection et interprétation des articles 38 et 38.1 de la Loi sur la protection de la jeunesse. Montréal.
- Association des Centres jeunesse du Québec (1998). Cadre de référence en matière de mauvais traitements physiques faits aux enfants. Montréal.
- Association des Centres jeunesse du Québec (2000). Guide d'intervention lors d'allégations d'abus sexuel envers les enfants. Montréal.
- Association des Centres jeunesse du Québec (2007). Le concept de protection : Interprétation des articles 38 et 38.1 de la Loi sur la protection de la jeunesse. Document de travail inédit, approuvé par la Table des DPJ, version 5 juin 2007.
- Bancroft, L. (2002). Why does he do that? Inside the minds of angry and controlling men. New York, N.Y. : Berkley Books.
- Beaune, D. et Mabire, M.-J. (1998). L'enfant abusé sexuellement : du dépistage à l'intervention. Paris : G. Morin.
- Belpaire, F. (2001). Programme violence familiale. Rapport d'évaluation de la pratique existante aux Centres jeunesse de la Montérégie. Longueuil : CJM, Direction des services professionnels.
- Boutin, R. (1998). Mon père me fait peur. Vécu des enfants exposés à la violence conjugale. Québec : Éd. Deslandes.
- Brillon, P. (2004). Comment aider les victimes souffrant de stress post-traumatique. Montréal : Éditions Québécois.
- Canada (2001). Déclaration conjointe sur le syndrome du bébé secoué. Ottawa : Ministère des Travaux publics et Services gouvernementaux.
- Canada, (1985). Code criminel. LR, 1985, ch. C-46, Ottawa.
- Cavanagh Johnson, T. (1993). Lets Talk About Touching: A Therapeutic Game. Pasadena, California.
- Centre jeunesse de la Montérégie (2003). Plan d'organisation. Longueuil : Conseil d'administration.

- Centre jeunesse de la Montérégie (2004). Charbonneau, Lucie. Ensemble pour les familles. Programme d'aide intersectoriel en négligence. Évaluation d'implantation. Longueuil : Direction des services professionnels.
- Centre jeunesse de la Montérégie (2004). Devenir responsable dans sa communauté. Programme d'intervention en délinquance. Longueuil : Direction des services professionnels.
- Centre jeunesse de la Montérégie (2004). L'offre de services des Centres jeunesse de la Montérégie. Longueuil : Direction des services professionnels.
- Centre jeunesse de la Montérégie (2004). Pelletier-Basque, Danielle et Dépelteau, Louise : Apprivoiser les différences. Programme d'intervention en santé mentale et troubles de la conduite. Longueuil : Direction des services professionnels.
- Centre jeunesse de la Montérégie (2005). Le processus d'intervention clinique au Centre jeunesse de la Montérégie. Longueuil : Direction des services professionnels.
- Centre jeunesse de la Montérégie (2005). Protocole d'entente relativement à l'application de l'Entente multisectorielle sur les abus physiques. Le CJM et les SPG des districts judiciaires de la Montérégie.
- Centre jeunesse de la Montérégie (2007). Le module Jeunes agresseurs sexuels. Programme d'intervention en Délinquance. Longueuil : Direction des services professionnels.
- Centre jeunesse Saguenay Lac St-Jean (1999). Manuel de référence en abus sexuels. Comté Lac St-Jean.
- Chamberland, C. (2003). Violence parentale et violence conjugale. Des réalités plurielles, multidimensionnelles et interreliées. Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec.
- Clarkson, M. (1994). La violence familiale : une approche systémique. Québec : Ministère de la santé et des services sociaux.
- Clément, M.-E., Bouchard, C., Jetté, M. et Laferrière, S. (2000). La violence familiale dans la vie des enfants du Québec, 1999. Montréal : Institut de la statistique du Québec.
- Clément, M.-E., Chamberland, C., Côté, L., Dubeau, D. et Beauvais, B. (2005). La violence familiale dans la vie des enfants du Québec, 2004. Montréal : Institut de la statistique du Québec.
- Code criminel.* L.R.C. (1985). C. C-46.
- Côté, N. (2006). Comment leur parler d'abus sexuels Sexe, amour & rock'n'roll. PetitMonde.com, le magazine web des parents. [En ligne] www.petitmonde.com/iDoc/Chronique.asp?id=29078.
- Cottrell, B. (2001). Violence à l'égard des parents : les mauvais traitements infligés aux parents par leurs adolescents. Ottawa : Ministère de la Santé.
- Crittenden, P. (1988). Family and Dyadic Patterns of Functioning in Maltreating Families. Early Prediction and prevention of Child Abuse. John Willey & Sons.
- Fédération des ressources d'hébergement pour femmes violentées et en difficulté du Québec (2002). Camaïeu de nos milieux. De l'analyse à la pratique : guide d'outils d'intervention féministe pour les femmes violentées. Montréal.

- Finkelhor, D. (1994). Current information on the scope and nature of child sexual abuse. The future of Children, 4(2), Summer/Fall 1994, pp.31-53.
- Fortin, A. (2005). Le point de vue de l'enfant sur la violence conjugale à laquelle il est exposé, Collection Études et analyses, numéro 32. Ste-Foy : CRIVIFF.
- Fortin, A., Vaillant, L., Dupuis, F., Préfontaine, E. (2005). Venir en aide aux enfants exposés à la violence conjugale. Une action multicolore. Montréal : CRIVIFF L'Escale pour elle.
- Friedrich, W.N., (1990). Psychotherapy for Sexually Abused Children and Their Families. New York : Norton.
- Gardner, R. (1989). Psychotherapeutic and legal approaches to the three types of parental alienation syndrome families in Family evaluation in child custody mediation, arbitration, and litigation, chap 9, N.J. : Cesskill, Creative therapeutics.
- Gelles, R. J. et Strauss, M. A. (1988) Intimate violence. The Causes and Consequences of Abuse in the American Family, Carmichael, CA : Touchstone Books, Simon and Shuster Inc., pp 59-60.
- Giaretto, H. (1976). "The Treatment of Father-Daughter Incest : A Psychosocial Approach, Children Today, 5, 4.
- Gibbs, J. C., Potter Glick, B. et Goldstein, A. P. (1995). The EQUIP Program. Teaching Youth to Think and Act Responsibly through a Peer-Helping Approach. Champaign, Illinois : Research Press.
- Goldstein, A. P., Glick, B., et Gibbs, J. C. (1998). Aggression Replacement training. A Comprehensive Intervention for Aggressive Youth. Champaign, Illinois : Research Press.
- Gouvernement du Canada (1984). Infractions sexuelles à l'égard des enfants. Rapport Badgley.
- Gouvernement du Canada (2006), Babcock, K. et Tominic, A. Abus sexuel à l'égard des enfants. Ottawa (Ontario), Centre national d'information sur la violence dans la famille.
- Heger, A., Ticson, L., Velasquez, O. et Bernier, R. (2002). Children referred for possible sexual abuse : medical findings in 2384 children. Child abuse & neglect. # 26, pp 645-659.
- Higgins, D.J. et McCabe, M.P. (2001). Multiple forms of child abuse and neglect: Adult retrospective reports. Cité dans Pro-Ado, Vol. 15, No 3-4, Décembre 2006. Association canadienne pour la santé des adolescents.
- Hilton, J. et Hilton, A.-M. (2004). Le cœur au beurre noir. Montréal : Les intouchables.
- Juristat. Site Internet (page consultée le 27 avril 2007). Un profil de la victimisation criminelle. Résultats de l'Enquête sociale générale 1999.
- Kérouac, S. et Taggart, M.-É. (1994). Portrait de la santé des femmes aux prises avec la violence conjugale in M. Rinfret-Raynor et S. Cantin (éd.), Violence conjugale. Recherches sur la violence faite aux femmes en milieu conjugal (pp. 97-111). Ste-Foy : Éd. Gaétan Morin.
- Kuenzli-Monard, F. (2001). Déconstruction des idées reçues sur la violence : une alternative à la violence. Thérapie familiale, Genève, Vol. 22, No. 4, pp. 397-412.

- Lagueux, F. et Tourigny, M. (1999). Les agressions sexuelles : stop. État des connaissances au sujet des adolescents agresseurs sexuels. Québec. Gouvernement du Québec, Ministère de la santé et des services sociaux.
- Landy, S. et Tam, K.-K. (1998). Comprendre l'incidence de facteurs de risque multiples sur le développement de l'enfant à divers âges. Ottawa : Direction générale de la recherche appliquée. Politique stratégique. Développement des ressources humaines.
- Larouche, G. (1985). Guide d'intervention auprès des femmes violentées. Montréal, Corporation des travailleurs sociaux du Québec.
- Latimer, J. (1998). Les conséquences de la violence faite aux enfants : Guide de référence à l'intention des professionnels de la santé. Unité de la prévention de la violence familiale, Centre National d'information sur la violence dans la famille, Santé Canada.
- Les agressions sexuelles entre frères et sœurs : Guide à l'intention des parents (1994). Santé Canada, Centre national d'information sur la violence dans la famille. [En ligne] www.phac-aspc.gc.ca/nctv-cnivf/violencefamiliale/index.html
- Lessard, G. et Paradis, F. (2003). Créer pour grandir ensemble. La problématique des enfants exposés à la violence conjugale et les facteurs de protection. Québec : Institut National de Santé Publique.
- Malo, C. et Gagné, M.-H. (2002). Guide de soutien à l'évaluation du risque de mauvais traitements psychologiques envers les enfants. Montréal : Institut de recherche pour le développement social des jeunes, Centre Jeunesse de Montréal.
- Malo, C. et Gagné, M.H. (2003). Démarche de développement du Guide de soutien à l'évaluation du risque de mauvais traitements psychologiques envers les enfants. Document inédit. Montréal : IRDS.
- Manciaux, M. (2004). Résilience, attachement et éthique de l'intervention, in Résilience et intervention clinique : Espoir ou utopie? : actes du Colloque, tenu à Montréal, les 6,7 et 8 octobre 2004 et organisé par le Programme de psychiatrie de l'Hôpital Sainte-Justine (pp. 11-16). Montréal : Université de Montréal, Hôpital Sainte-Justine.
- Mormont, C. et autres (2004). Ces familles qui préfèrent leur propre violence à celle des intervenants. Conférence à l'Université de Montréal, Avril.
- Neuberger, R. (2000). Violences sexuelles intra-familiales. De la dénonciation à l'énonciation. Thérapie Familiale. Genève, vol.22, No 1. pp 39-50.
- O'Keefe, M. (1996). The differential effects of family violence on adolescent adjustment. Child and Adolescent Social Work Journal, 13(1), 51-68.
- Organisation mondiale de la santé (2003). Rapport mondial sur la santé et la violence. Genève : Organisation mondiale de la santé.
- Perrone, R. et Nannini, M. (1995). Violence et abus sexuels dans la famille. Paris : E.S.F. éditeur.
- Poirier, M. (2007). Facteurs de risque et de protection vis-à-vis les mauvais traitements. Diaporama. CLIPP.

- Prégent, L. et Senécal Brooks, F. (1991). Manuel d'évaluation et d'intervention psychosociales auprès des enfants abusés et leur famille. Longueuil : CJM, DSP.
- Programme National de Formation (2002). Compétences spécifiques. Abus sexuel : Évaluation et orientation. Cahier du formateur. Perron A., Tremblay, C., Wright, J. Avril 2002. Avec la permission de Cavanagh Johnson.
- Programme National de Formation (2003). Compétences génériques, module 100.
- Programme National de Formation (2003). Compétences génériques, module 100, Cahier du participant.
- Programme National de Formation (2005). Abus sexuel : Évaluation et orientation, Cahier du participant.
- Prud'homme, D. (2004). La violence à l'école n'est pas un jeu d'enfant. Montréal : Éd. Remue-Ménage.
- Québec (Gouvernement) (1990). Protocole sur les garanties minimales de protection à assurer aux jeunes en difficulté d'adaptation du réseau des centres de réadaptation. Québec : Ministère de la santé et des services sociaux, Direction des communications.
- Québec (Gouvernement) (1990-1991). Protocole d'intervention en ressources intermédiaires à l'enfance lors de présomption de conduite inacceptable : document de base pour l'expérimentation. Comité ad hoc, Madeleine Lavigne et al., Montréal (Québec) : ACSSQ.
- Québec (Gouvernement) (1992). Entente relative à l'intervention intersectorielle à la suite d'allégations d'abus sexuel en milieu scolaire. Québec : Ministère de l'éducation, Ministère de la justice, Ministère de la santé et des services sociaux, Ministère de la sécurité publique.
- Québec (Gouvernement) (1994). Les abus sexuels dans le sport amateur : guide de prévention et d'intervention destiné aux administrateurs sportifs. Québec : la Direction des sports du ministère des Affaires municipales en collaboration avec la Direction des communications.
- Québec (Gouvernement) (1995). Comité interministériel de coordination en matière de violence conjugale et familiale, Prévenir, dépister, contrer la violence conjugale. Politique d'intervention en matière de violence conjugale. Québec.
- Québec (Gouvernement) (1995). Les agressions sexuelles. Stop. Rapport du groupe de travail sur les agressions à caractère sexuel. Québec : Ministère de la santé et des services sociaux, Ministère de la Justice, Ministère de l'éducation, Ministère de la sécurité publique et Secrétariat à la condition féminine.
- Québec (Gouvernement) (1995). Protocole d'entente entre l'Office des services de garde à l'enfance, l'Association des centres jeunesse du Québec et le directeur de la protection de la jeunesse des Centres jeunesse de Québec pour favoriser la collaboration relativement au signalement et au suivi des situations de négligence et mauvais traitements envers les enfants en service de garde.
- Québec (Gouvernement) (2001). Entente multisectorielle relative aux enfants victimes d'abus sexuels, de mauvais traitements physiques ou d'une absence de soins menaçant leur santé physique. Québec : Ministère de la santé et des services sociaux, Ministère de la justice, Ministère de la sécurité publique, Ministère de l'éducation, Ministère de la Famille et de l'Enfance.
- Québec (Gouvernement) (2003). Loi sur la protection de la jeunesse. L.R.Q., chapitre P-34, Québec.

- Québec (Gouvernement) (2003). Programme national de santé publique 2003-2012. Québec : Ministère de la santé et des services sociaux.
- Québec (Gouvernement) (2005). Les agressions sexuelles au Québec – Statistiques 2005. Québec, Ministère de la sécurité publique.
- Québec (Gouvernement) (2005). Loi modifiant la Loi sur la protection de la jeunesse et d'autres dispositions législatives. Projet de loi # 125. Québec.
- Québec (Gouvernement), (2001). Guide d'intervention médicosociale. Québec : Ministère de la santé et des services sociaux.
- Québec (Gouvernement), 2001. Orientations gouvernementales en matière d'agression sexuelle. Québec : Ministère de la santé et des services sociaux.
- Québec (Gouvernement), 2004. Plan d'action gouvernemental 2004-2009 en matière de violence conjugale. Québec : Ministère de la Justice.
- Québec (Gouvernement). Rapport du Comité d'experts sur la révision de la Loi sur la protection de la jeunesse, (2004). La Protection des enfants au Québec : une responsabilité à mieux partager. Québec, Ministère de la santé et des services sociaux.
- Rodgers, K. (1994). Résultats d'une enquête nationale sur l'agression contre la conjointe. Juristat, 14(9), pp1-18.
- Rondeau, G. (1994). La violence familiale in : Traité des problèmes sociaux pp. 319-336. Sous la dir. de Fernand Dumont (et al.). Québec : Institut québécois de recherche sur la culture.
- Roy, M. (2004). Jugement de la Cour suprême relativement à la constitutionnalité de l'article 43 du Code criminel. Avis juridique. Longueuil : CJM, Direction des affaires juridiques.
- Rycus, J. S. et Hughes, R. C. (2005). Guide terrain pour le bien-être des enfants. Volume I : Fondements des services de bien-être de l'enfance. Montréal : Éditions Sciences et Culture.
- Rycus, J. S. et Hughes, R. C. (2005). Guide terrain pour le bien-être des enfants. Volume III : Développement et services de bien-être de l'enfance. Montréal : Éditions Sciences et Culture.
- Saunders, B. E., Berliner, L. et Hanson, R. F. (Eds.) (2003). Child Physical and Sexual Abuse : Guidelines for Treatment (Final Report : January 15, 2003). Charleston, SC : National Crime Victims Research and Treatment Center.
- Silvestre, M., Heim, C. et Christen, M. (1999). Du traitement de la violence conjugale. Thérapie familiale, Genève, Vol. 20, No 4, pp 403-424.
- Souad, M. (2004). Brûlée vive. France : Oh! Éditions.
- Système de soutien à la pratique en protection de la jeunesse (2004). Diaporama de présentation. Montréal : Sogique.
- Tourigny, M. (2005). L'intervention auprès de jeunes ayant vécu un abus sexuel. Que savons-nous, qui peut nous aider à guider nos pratiques auprès des enfants agressés sexuellement? Diaporama. Sherbrooke, Université de Sherbrooke.

- Tourigny, M. et Guillot, M.-L. (1999). Conséquences entourant la prise en charge par les services sociaux et judiciaires des enfants victimes d'agression sexuelle. Québec : Gouvernement du Québec, Ministère de la santé et services Sociaux.
- Tourigny, M., Mayer, M., Wright, J., Lavergne, C., Trocmé, N., Hélie, S., Bouchard, C., Chamberland, C., Cloutier, R., Jacob, M., Boucher, J. et Larrivée, M.-C. (2002). Étude sur l'incidence et les caractéristiques des situations d'abus, de négligence, d'abandon et de troubles de comportement sérieux signalées à la direction de la protection de la jeunesse au Québec (ÉIQ). Montréal : Centre de Liaison sur l'intervention et la Prévention Psychosociale.
- Tremblay, N. et Gagnon, M. M. (2005). À la Croisée des chemins. Programme d'intervention auprès d'enfants présentant des comportements sexuels problématiques. Joliette : Centre jeunesse de Lanaudière.
- Trocmé, N., MacLaurin, B., Fallon, B., Daciuk, J., Billingsley, D., Tourigny, M., Mayer, M., Wright, J., Barter, K., Burford, G., Hornick, J., Sullivan, R. et McKensie, B. (2001). Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants : rapport final. Ottawa : Ministère des travaux publics et services gouvernementaux.
- Walker, L. E. A. et Edwall, G. E. (1987). Domestic violence and determination of visitation and custody in divorce, in Sonkin D. J. (Ed.). Domestic violence on trial, pp. 127-152. New-York : Springer Publishing Company.