



Blessures cachées : les effets de la violence sur la santé mentale des enfants



Blessures cachées : les effets de la violence sur la santé mentale des enfants



Bureau de la Représentante spéciale du Secrétaire général chargée de la question de la violence à l'encontre des enfants

New York, 2020



REMERCIEMENTS

Le Bureau de la Représentante spéciale du Secrétaire général chargée de la question de la violence à l'encontre des enfants tient à adresser ses sincères remerciements à la professeure Ghizlane Benjelloun, chercheuse principale dans le cadre des travaux ayant conduit à la rédaction du présent rapport, à laquelle elle a grandement contribué.

Le Bureau remercie par ailleurs les personnes ci-après pour leurs précieuses contributions à ce rapport : Zeinab Hijazi (UNICEF, Siège de New York), Leslie Snider (The MHPSS Collaborative, Danemark) ainsi que Natalie Drew, Alexandra Fleischmann, Brian Ogallo et Chiara Servili (Département Santé mentale et abus de substances psychoactives, Organisation Mondiale de la Santé).

Photo de couverture : © Miguel Caldeira

Légende : « Souffrance cachée : la malédiction de la victime » – dessin à la craie

© 2020 Nations Unies

Tous droits réservés à l'échelle mondiale

Les demandes de reproduction d'extraits et les demandes de photocopie doivent être envoyées au Copyright Clearance Center, à l'adresse www.copyright.com.

Toute autre question relative aux droits et licences, y compris les droits dérivés, doit être envoyée à l'adresse suivante :

United Nations Publications

300 East 42nd Street

New York, NY 10017 États-Unis

Adresse électronique : publications@un.org ; site Web : un.org/publications

Langue : français, no de vente : F.20.I.16

ISBN : 978-92-1-101435-8

Table des matières

| | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Résumé | v |
| 1. Introduction | 1 |
| 2. L'urgence d'agir | 3 |
| 3. Effets de la violence sur la santé mentale des enfants..... | 9 |
| 4. Comprendre les facteurs de risque et de protection | 19 |
| 5. Ce qui marche : mesures éprouvées de prévention et d'intervention..... | 23 |
| 6. Créer avec les enfants un environnement protecteur et stimulant propice en leur donnant davantage de moyens..... | 29 |

Résumé

Chaque année, la moitié des enfants du monde, soit plus d'un milliard d'entre eux, sont exposés à la violence, qui revêt de nombreuses formes et se manifeste dans de nombreux contextes : en ligne et hors ligne, au domicile, à l'école ou au sein de la communauté. Un enfant peut être la cible de violences, en être témoin ou y être exposé. Il n'est pas rare que les enfants affrontent une véritable « tempête » de violence, lorsque plusieurs formes de violence s'abattent sur eux simultanément ou qu'une forme en entraîne une autre dans un funeste enchaînement.

Il est clair que la violence a de graves répercussions sur la santé mentale des enfants. Souvent traumatisante, l'exposition à la violence suscite parfois des réactions au stress délétères, qui provoquent des dégâts physiologiques et psychologiques immédiatement et à long terme. Parmi ses conséquences, on peut citer la dépression, les troubles post-traumatiques, le trouble de la personnalité limite, l'anxiété, les troubles liés à l'usage de substances psychoactives, les troubles du sommeil et de l'alimentation et le suicide.

Les effets cumulés de la violence sur la santé mentale des enfants dépendent de la manière dont cette violence est vécue lors du passage de la petite enfance à l'adolescence, des variations étant observées aussi bien dans les formes de violence auxquelles les enfants font face que dans ses incidences sur leur santé mentale. Ces séquelles peuvent se transmettre d'une génération à l'autre, en particulier chez les enfants exposés à la violence au sein du couple et les enfants de mères ayant connu la violence pendant leur enfance.

Les facteurs de risque se manifestent au niveau individuel, dans les relations et au sein des groupes sociaux et des sociétés. Les interactions entre les facteurs de risque à ces différents niveaux importent tout autant que l'influence de tel ou tel facteur à un niveau particulier.

Il est urgent de redoubler d'efforts pour prévenir et combattre la menace que la violence fait peser sur la santé mentale des enfants. Or, les investissements consentis et les moyens disponibles au niveau mondial pour assurer l'offre, de soins de santé mentale de qualité, qui soient fondés sur les droits et culturellement

adaptés, sont gravement insuffisants, alors que la santé mentale figure invariablement au rang des principales inquiétudes exprimées par les enfants eux-mêmes. Qui plus est, les jeunes recourent moins souvent aux services de santé mentale qu'aucun autre groupe en raison de la stigmatisation, du fait que leurs besoins restent indétectés et à cause de la méconnaissance des services existants. Ainsi, rares sont les enfants ayant des problèmes de santé mentale qui reçoivent au bon moment l'aide dont ils ont besoin.

Qu'est-ce qui marche ?

On en sait de plus en plus sur les facteurs qui permettent de protéger les enfants et les mesures capables de remédier efficacement aux incidences de la violence sur leur santé mentale, même si les connaissances en la matière demeurent très lacunaires.

Les interventions préventives axées sur la santé mentale de la mère, l'interaction mère-enfant ainsi que le jeu et la stimulation se sont avérées bénéfiques à long terme. Les interventions axées sur l'éducation des enfants et leur bien-être se sont également révélées cruciales pour rompre les cycles toxiques de transmission intergénérationnelle de la violence et des maladies mentales. Les programmes de réadaptation de proximité et les activités d'apprentissage socio-affectif dans les écoles ont également montré leur efficacité. Enfin, des orientations ont été élaborées à partir de données concrètes à l'intention des professionnels de la santé mentale et d'autres acteurs pour les aider à préserver la santé mentale des enfants victimes de violence, notamment dans les contextes humanitaires.

Les États doivent désormais agir à la lumière de ces connaissances dans le respect des normes internationales relatives aux droits humains et des objectifs de développement durable, qu'on ne saurait atteindre sans prendre des mesures contre toutes les formes de violence. Il faut mener une action globale et coordonnée reposant sur une approche intersectorielle et multipartite.

Les acteurs les plus importants sont les enfants eux-mêmes, qui jouent déjà un rôle de premier plan dans la promotion de leur santé mentale et de leur bien-être, grâce notamment aux

initiatives entre pairs. Les enfants prennent une part notable à l'élaboration de programmes sur la santé mentale, aussi bien en ligne que hors ligne. Pourtant, ils peinent à se faire entendre et obtenir que l'on tienne compte de leur opinion. L'avis des enfants aux prises avec des problèmes de santé mentale et des handicaps psychosociaux doit dicter la conception, l'exécution et l'évaluation des interventions.

Que faut-il faire ?

Une action efficace commence par la prévention et la mise en place d'une intervention précoce ciblant les facteurs potentiels de violence et les facteurs susceptibles au contraire de protéger les enfants dans leur famille, leur groupe social et la société dont ils font partie. Elle suppose également de mettre l'accent sur les besoins des enfants particulièrement exposés à la violence et aux problèmes de santé mentale en raison du lieu où ils vivent et de ce qu'ils sont.

Les services de santé mentale sont une composante essentielle de la couverture sanitaire

universelle et doivent à ce titre être développés. Il faut fournir localement des services de qualité en évitant autant que possible le placement en institution et la médicalisation, ce qui nécessite beaucoup plus d'investissements, notamment pour garantir des effectifs suffisants et une bonne répartition de professionnels qualifiés. Des investissements supplémentaires s'imposent en outre pour remédier à l'insuffisance des données et des recherches sur la santé mentale des enfants.

Enfin, à l'heure où la communauté internationale entame une décennie d'action en faveur des objectifs de développement durable à l'horizon 2030, des cadres de suivi et de responsabilité doivent être mis en place pour maintenir le cap au niveau mondial. Ces dispositifs doivent garantir que des mesures efficaces sont prises pour promouvoir la santé mentale de tous les enfants, prévenir les troubles mentaux chez ceux qui subissent des violences et assurer un traitement et des soins à tous les enfants qui en ont besoin.



[Photo 1 : dessin d'enfant représentant un visage marqué de cicatrices, avec un œil abîmé. Arnaldo, 6 ans, a réalisé ce dessin lors d'une séance d'art-thérapie au Beautiful Gate, centre pour enfants maltraités et abandonnés situé dans le quartier de Lower Crossroads, au Cap.

© UNICEF/UNI45252/Pirozzi]

1. Introduction

« Ne pas parler, c'était comme un cancer émotionnel... On ne commence à guérir qu'après s'être confié. »

Matthew McVarish, rescapé et défenseur des enfants, Écosse¹

Il n'est pas seulement possible de prévenir et d'intervenir contre les effets néfastes de la violence sur la santé mentale des enfants : il est indispensable d'agir

La Convention relative aux droits de l'enfant garantit le droit de tout enfant de ne pas subir de violence et de jouir du meilleur état de santé mentale possible. De même, dans le Programme de développement durable à l'horizon 2030, les États se sont engagés à mettre un terme à toutes les formes de violence et à promouvoir la santé mentale et le bien-être. De nombreuses autres dispositions de la Convention et du Programme 2030 sont essentielles pour asseoir les bases nécessaires à la promotion et à la préservation d'une bonne santé mentale.

Malgré les obligations en vigueur et les engagements pris, la santé mentale des enfants et leur capacité à apprendre, à progresser et à s'épanouir continuent d'être mises à rude épreuve par la violence. Les données issues des pays à revenu élevé, intermédiaire et faible montrent clairement que l'expérience de la violence fait peser un risque accru sur la santé mentale avec, entre autres comme conséquences, la dépression, les troubles post-traumatiques, les troubles de la personnalité limite, l'anxiété, les troubles du sommeil et de l'alimentation, les troubles liés à l'usage de substances psychoactives et le suicide. En outre, l'exposition à la violence pendant l'enfance peut aggraver diverses psychopathologies à l'âge adulte, dont des troubles affectant l'humeur, le niveau d'anxiété et le comportement².

À l'échelle mondiale, 10 à 20 % des enfants et des adolescentes présentent des pathologies mentales. La moitié de ces maladies se déclarent à l'âge de 14 ans. Le suicide est la troisième cause de décès chez les 15-19 ans³. Pourtant, la santé mentale figure assez loin derrière la santé physique sur la liste des priorités des pouvoirs publics et ne bénéficie pas de ressources humaines et financières suffisantes. Cette situation devient encore plus grave quand des crises comme la pandémie de COVID-19 survenue en 2020 et les conflits prolongés partout dans le monde engendrent des risques supplémentaires pour le bien-être mental des enfants tout en compromettant la capacité d'intervention des services de santé et de protection sociale.

Faute de mesures plus énergiques pour remédier à ces problèmes, les promesses faites aux enfants dans la Convention relative aux droits de l'enfant et dans le Programme 2030 resteront lettre morte. À l'heure où la communauté internationale entame une décennie d'action en faveur des objectifs de développement durable à l'horizon 2030, il est impératif que la santé mentale soit mieux prise en compte dans les mesures visant à prévenir et à combattre la violence contre les enfants.

Le présent rapport s'inscrit dans cette optique. Il offre un aperçu des données internationales sur les différentes manières dont la violence nuit à la santé mentale des enfants, en montrant qu'il est urgent d'agir. Divers contextes et formes de violence y sont ainsi abordés, de même que les différents effets de la violence sur le développement et les principaux facteurs de risque et de protection. Des solutions y sont également mises en avant, car même si nos connaissances restent lacunaires, des stratégies efficaces existent et devraient être mises en œuvre.

Encadré 1.

Définition de la santé mentale

La santé mentale est une partie intégrante et essentielle de la santé. Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), « la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité »⁴. Ainsi, la santé mentale va bien au-delà de l'absence de troubles mentaux.

La santé mentale est un état de bien-être dans lequel un individu tire pleinement parti de ses capacités et peut faire face aux difficultés normales de la vie, travailler de manière productive et apporter une contribution à la collectivité. Elle détermine dans une large mesure notre capacité collective et individuelle, en tant qu'êtres humains, à réfléchir, ressentir des

émotions, interagir les uns avec les autres, gagner notre vie et jouir de l'existence. Dès lors, la promotion, la protection et le rétablissement de la santé mentale sont des préoccupations centrales pour les personnes, les collectivités et les sociétés partout dans le monde⁵.

Les problèmes de santé mentale se répartissent sur un spectre allant de la souffrance légère et limitée dans le temps aux affections chroniques, progressives et gravement invalidantes⁶. Le terme « handicap psychosocial » désigne les handicaps dont sont atteints les enfants présentant des troubles mentaux ou une déficience intellectuelle avérée ou supposée, qui trouvent parfois leur origine dans la stigmatisation, la discrimination et l'exclusion⁷.



[Photo 2 : dans un centre d'accueil pour enfants administré par Precious Jewels Ministry, ONG locale venant en aide aux enfants atteints du SIDA à Manille (Philippines), un garçon tient devant ses yeux une feuille de papier où figure un visage jaune renfrogné. Cet exercice ludique, permet aux enfants d'exprimer leurs émotions au moyen de diverses illustrations de ce type.

© UNICEF/UNI45465/Pirozzi]

2. L'urgence d'agir

Prévalence, formes et contextes de la violence contre les enfants

Chaque année, la moitié des enfants du monde, soit au moins un milliard d'entre eux, connaissent la violence. Aucun pays n'est épargné et aucun enfant n'est à l'abri. Les données tangibles collectées sur la prévalence de la violence contre les enfants témoignent de l'étendue et de la gravité de ces violations des droits (encadré 2).

d'exploitation, de vente, de traite et de pratiques préjudiciables telles que les mutilations génitales féminines. La violence se produit dans de multiples contextes, que ce soit à la maison, à l'école, au sein de la collectivité, sur le lieu de travail, dans des institutions comme les centres de détention et les orphelinats ou sur Internet. Ces différentes formes de violence sont liées entre elles, leurs causes profondes étant parfois identiques. Elles peuvent survenir ensemble ou une forme de violence peut en déclencher une autre, plongeant les enfants dans une spirale de violence.

Encadré 2.

Violence contre les enfants : un coup d'œil sur les chiffres

- Toutes les sept minutes, un(e) adolescent(e) succombe à des violences quelque part dans le monde⁸.
- Les données concernant 24 pays montrent que la violence sexuelle pendant l'enfance touche entre 8 % et 31 % des filles et entre 3 % et 17 % des garçons⁹.
- D'après les estimations disponibles, à chaque instant dans le monde, 750 000 personnes tentent d'entrer en contact avec des enfants sur Internet à des fins sexuelles¹⁰.
- Les enfants représentent aujourd'hui 30 % des victimes de la traite des êtres humains¹¹.
- Les enfants en situation de handicap sont presque quatre fois plus exposés à la violence que les autres¹². Il est par ailleurs établi que les enfants présentant un handicap mental ou intellectuel sont plus souvent victimes de violences ou risquent davantage de l'être que les autres enfants en situation de handicap¹³.
- Près d'un tiers des élèves âgés de 11 à 15 ans ont été harcelés par des camarades au moins une fois au cours du dernier mois¹⁴.
- Près de 300 millions d'enfants de 2 à 4 ans à travers le monde sont régulièrement victimes de discipline violente de la part des personnes qui s'occupent d'eux¹⁵.
- Un enfant sur 4 âgé de moins de 5 ans vit avec une mère victime de violences de la part de son partenaire intime¹⁶.
- On estime que la violence psychologique a des incidences sur la vie de plus d'un enfant sur trois dans le monde¹⁷.
- Chez les adolescents âgés de 13 à 18 ans qui sortent ensemble, le taux de prévalence mondiale de la violence physique est estimé à environ 20 % et celui de la violence sexuelle à 9 %¹⁸.

Les enfants subissent de nombreuses formes de violence. Il peut s'agir de violence physique, psychologique et sexuelle ou encore de négligence,

« [...] certains enfants rapportent ça de chez eux. Leurs parents les insultent, les frappent et tout... Ils le gardent en mémoire et pensent que c'est peut-être normal parce que ça arrive chez eux. Ils vont à l'école, et là, ils s'en prennent à d'autres enfants. »

Alexa (nom modifié), 12 ans, Mexique¹⁹

Lorsque la violence interpersonnelle s'étend d'un milieu à un autre, elle provoque un phénomène dit de polyvictimisation²⁰. Un enfant maltraité dans sa famille ou à l'école, par exemple, risque davantage d'être victime de violence dans la communauté au sens large. L'essor rapide d'Internet et du téléphone mobile a donné le jour à un nouveau monde « virtuel » où se manifeste la violence, et il apparaît aujourd'hui évident que la victimisation hors ligne et en ligne et la perpétration de la violence se télescopent²¹. Des études ont mis en évidence non seulement l'imbrication des différents types de victimisation, mais également la manière dont leurs effets cumulés peuvent nuire gravement au développement de l'enfant²².

En plus de faire directement l'expérience de la violence, **les enfants peuvent être témoins de violences** entre d'autres personnes, notamment en cas de violence domestique, de brimades ou de violence en bande organisée dans l'espace public. Ils peuvent également être exposés à des contenus violents dans les médias ou sur Internet.

Tous les enfants peuvent être victimes de violence, mais **le risque est plus élevé pour certains d'entre eux**. C'est notamment le cas des enfants placés sous protection de remplacement, de ceux qui n'ont pas d'identité juridique, des enfants qui vivent ou travaillent dans la rue, des enfants en situation de handicap, de ceux qui vivent dans la pauvreté, des enfants issus de minorités ethniques, religieuses ou linguistiques, des lesbiennes, gays, bisexuels et transgenres et des enfants en situation de déplacement, qu'ils soient migrants, réfugiés ou déplacés dans leur propre pays²³. Différents facteurs peuvent se recouper, aggravant le risque de violence et faisant peser une menace plus lourde sur la santé mentale des enfants.

Il est essentiel de reconnaître la **dimension genrée** de la violence contre les enfants. Les stéréotypes, les déséquilibres de pouvoir, les inégalités et les discriminations liées au genre engendrent des risques différents pour les enfants. Ainsi, les filles sont particulièrement vulnérables face à la violence sexuelle, à la violence au sein du couple et à diverses pratiques néfastes. Quant aux garçons, ils sont davantage susceptibles d'être victimes d'homicide et d'autres formes de violence dans la communauté.

Subir des maltraitances pendant l'enfance peut **accroître le risque, plus tard dans la vie**, d'être victime ou auteur de violences sexuelles, de violence juvénile, de violence contre soi-même et de violence au sein du couple. Les enfants témoins de violences infligées par un partenaire intime à leur mère ou leur belle-mère ont plus de chance d'être confrontés à ce type de violence à un moment ultérieur de leur vie, tant dans le rôle de la victime que dans celui d'auteur²⁴.

Dans les contextes de crise humanitaire, les enfants sont extrêmement vulnérables face à la violence. La guerre, les catastrophes climatiques et l'apparition de maladies comme la pandémie de COVID-19 en 2020 (encadré 3) peuvent entraîner l'effondrement des systèmes sociaux, séparer les enfants des personnes qui veillent à leur bien-être et détériorer ou détruire des environnements jusqu'alors sûrs.

Aujourd'hui, un enfant sur quatre dans le monde vit dans un pays touché par un conflit ou une catastrophe. Près de 50 millions d'enfants ont dû fuir leur domicile en raison de violences, de la pauvreté ou de catastrophes naturelles²⁵. Et tandis que ces crises prolifèrent, jamais autant d'enfants ne se sont retrouvés dans une position de vulnérabilité face à la violence sous toutes ses formes²⁶.

Encadré 3. Pandémie de COVID-19 et santé mentale des enfants

La pandémie de COVID-19, qui sévit toujours à l'heure où nous écrivons ces lignes, est lourde de conséquences pour la santé mentale des enfants. Les mesures de confinement, la pression supplémentaire exercée sur les familles et la perturbation de services de protection de l'enfance déjà limités ont accentué la vulnérabilité des enfants face à diverses formes de violence, parmi lesquelles la violence et les mauvais traitements dans le cercle de confiance, qui comprend les personnes qui les élèvent et d'autres membres de la famille, la violence fondée sur le genre ainsi que l'exploitation sexuelle en ligne et hors ligne. Cette situation est d'autant plus grave que les enfants n'ont pas accès à leurs amis d'école, aux professeurs, aux travailleurs sociaux ni à des espaces sûrs. Les effets négatifs de ces violences sur la santé mentale des enfants renforcent le sentiment plus général d'anxiété, de peur, d'insécurité et d'isolement provoqué par la pandémie²⁷.

Lors d'une consultation menée par Vision du Monde International auprès d'enfants et de jeunes âgés

de 8 à 18 ans dans 13 pays sur la façon dont ceux-ci appréhendent, vivent et perçoivent la crise de la COVID-19 :

- 71 % des enfants et des jeunes ont déclaré se sentir isolés et seuls depuis la fermeture de leur établissement scolaire, ajoutant que celle-ci nuisait à leur éducation et à leur routine quotidienne et accroissait leur sentiment d'isolement et de désespoir ;
- 91 % des personnes interrogées ont déclaré qu'elles souffraient de détresse psychologique et de troubles tels que des sentiments d'anxiété, de colère et d'inquiétude, ne sachant combien de temps durerait la crise actuelle ni comment gérer leur isolement ;
- 75 % des enfants et des jeunes interrogés ont reconnu que les mesures de distanciation physique et sociale étaient difficiles à vivre psychologiquement²⁸.

Malgré sa forte prévalence, **la violence contre les enfants est souvent cachée, commise à l'abri des regards et insuffisamment signalée**. La peur, la stigmatisation et l'acceptation sociale de la violence font que seule une petite partie des enfants concernés sortent du silence²⁹. L'« invisibilité » de cette violence est aggravée par l'absence de mécanismes de plainte et de signalement adaptés aux enfants et par l'insuffisance de la collecte de données.

Outre son **coût humain immense, la violence a de très lourdes conséquences économiques**. Le coût économique mondial de la violence contre les enfants est estimé à 7 000 milliards de dollars³⁰. Rien qu'aux États-Unis, les coûts induits tout au long de la vie des victimes avérées de maltraitance pendant leur enfance représentaient un fardeau économique de 428 milliards de dollars en 2015³¹. Dans la région de l'Asie de l'Est et du Pacifique, on estime que le coût économique de certaines des conséquences sanitaires de la maltraitance d'enfants représente entre 1,4 % et 2,5 % du produit intérieur brut (PIB) annuel de la région³².

INFORMATIONS CLÉS

- Plus d'un milliard d'enfants sont victimes de violence chaque année.
- Les enfants subissent de nombreuses formes de violence dans de multiples contextes, en ligne et hors ligne.
- La violence se produit souvent selon un continuum : différentes formes peuvent survenir ensemble et une forme peut en entraîner une autre.
- Les enfants peuvent être la cible de violences, en être témoins ou y être exposés.
- Certains enfants risquent plus que les autres de subir des violences.
- Être victime de violences pendant l'enfance accroît le risque d'en subir à l'âge adulte.
- La violence contre les enfants est souvent cachée et insuffisamment signalée.
- Outre son coût humain conséquent, la violence a d'énormes répercussions économiques.

Remédier à la crise mondiale de la santé mentale n'est pas une priorité des pouvoirs publics

La violence a des conséquences à long terme pendant l'enfance puis à l'âge adulte, qui se transmettent de génération en génération, avec des retentissements sur la société dans son ensemble³³. Parmi ces conséquences, on peut citer les graves incidences sur la santé mentale des enfants.

Pourtant, moins de la moitié des États Membres de l'ONU ont un plan ou une stratégie de protection de la santé mentale des enfants et des adolescents³⁴. La Commission Lancet sur la santé mentale mondiale et le développement durable a constaté que la qualité des services de santé mentale était en règle générale inférieure à celle des services de santé physique. Elle a en outre noté que les investissements publics et l'aide au développement consacrés à la santé mentale restaient dérisoires³⁵. Les fonds alloués à la santé mentale sont souvent attribués à mauvais escient et consacrés de manière disproportionnée aux conséquences des maladies mentales chroniques plutôt qu'aux interventions en amont et à la prévention, ce qui procurerait un retour sur investissement nettement supérieur. L'absence d'action collective face à cette crise sanitaire mondiale entraîne une perte monumentale de capacités humaines et bien des souffrances que l'on pourrait éviter³⁶.

La couverture mondiale limitée des données sur la prévalence des troubles mentaux des enfants et des adolescents témoigne également du faible degré de priorité accordé à la santé mentale de ce groupe. Une

Encadré 4.

Les enfants et les jeunes ont tendance à moins recourir aux services de santé mentale

Les jeunes ont moins souvent recours aux services de santé mentale que les autres groupes d'âge. Il existe plusieurs raisons à cela : la détection des problèmes de santé mentale chez les jeunes laisse à désirer, ceux-ci ne sont guère au fait des services disponibles et peu enclins à solliciter de l'aide et leurs besoins en matière de santé mentale ne sont pas une priorité des cadres stratégiques³⁷. Selon une estimation, environ 70 % des enfants et des adolescents ayant des problèmes de santé mentale ne bénéficient pas à temps d'une intervention adaptée³⁸. Les troubles mentaux à ce jeune âge peuvent entraîner une discrimination, une stigmatisation et une exclusion tout au long de la vie, voire limiter plus généralement l'accès aux services sociaux, éducatifs et sanitaires essentiels.

étude a révélé que 124 pays sur 187 ne disposaient d'aucune donnée concernant un trouble mental quel qu'il soit. Faute de stratégies ciblées pour pallier ce manque, la couverture insuffisante des données dans les pays à revenu élevé et dans les pays à revenu faible et intermédiaire continuera d'entraver la promotion de la santé mentale des enfants et des adolescents. Le manque de données continuera en outre de faire obstacle à la planification et à l'allocation des rares ressources disponibles à l'heure actuelle pour la santé mentale des enfants et des adolescents³⁹.

Dans ce contexte, il est **urgent de prêter une attention accrue à la santé mentale des enfants et des adolescents dans le cadre de la lutte contre la violence à l'égard des enfants.**

Il est crucial d'agir tôt dans la vie de l'enfant pour empêcher la survenue ultérieure de problèmes de santé mentale, sachant que la plupart des troubles mentaux à l'âge adulte trouvent leur origine dans l'enfance. En raison des transformations neurologiques qui ont lieu durant l'enfance et l'adolescence, il est possible, lors de ces périodes hautement sensibles, d'influer de manière positive ou négative sur le cerveau en développement.

La santé mentale est également un **sujet de préoccupation majeure pour les enfants eux-mêmes**. Dans son rapport intitulé « Voices of Children and Young People: Child Helpline Data for 2017 & 2018 », Child Helpline International note que les deux principaux motifs d'inquiétude des enfants qui contactent ses services d'assistance téléphonique sont la maltraitance et la violence d'une part, et la santé mentale de l'autre⁴⁰. S'agissant de la maltraitance et de la violence, les enfants mettent la violence physique et psychologique au premier rang de leurs préoccupations. Concernant la santé mentale, ils font souvent part de pensées suicidaires, de leur peur et de leur anxiété. Le rapport susmentionné se fonde sur les données recueillies par des services d'assistance téléphonique aux enfants dans 84 pays et territoires aux quatre coins du globe, gage de la pertinence des conclusions à l'échelle mondiale.

Comme pour la violence contre les enfants en général, les **coûts économiques des problèmes de santé mentale sont considérables**. En 2011, le Forum économique mondial a constaté que les maladies mentales représentaient 35 % du fardeau économique mondial des maladies non transmissibles, soit plus que le cancer, le diabète et les maladies cardiaques. Il a estimé que les problèmes de santé mentale entraîneraient une perte de production économique de 16 000 milliards de dollars par an au niveau mondial d'ici à 2030⁴¹.

INFORMATIONS CLÉS

- La violence contre les enfants est associée à toute une série de problèmes de santé mentale, parmi lesquels l'anxiété, la dépression, les pensées suicidaires, les troubles post-traumatiques, l'usage de substances psychoactives, les comportements agressifs et les troubles du fonctionnement cognitif.
- La qualité des services de santé mentale est généralement inférieure à celle des services de santé physique.
- Le financement de la santé mentale est insuffisant et l'allocation des fonds actuellement disponibles est rarement optimale.
- Les données sur la santé mentale des enfants et des adolescents sont insuffisantes.
- La plupart des enfants atteints de troubles mentaux ne bénéficient pas d'interventions adaptées au bon moment.
- La santé mentale est une source de préoccupation majeure pour les enfants et les jeunes eux-mêmes.
- Il est éminemment bénéfique d'agir le plus tôt possible pour empêcher la survenue de troubles mentaux.
- Les problèmes de santé mentale font peser un fardeau considérable sur l'économie des pays et l'économie mondiale en général.



[Photo 3 : Maria, 12 ans, se tient debout en pleurant sur un marché de Kaboul, la capitale afghane. Le sac qu'elle ramplit de ce qu'elle parvient à glaner est lourd et un passant lui a lancé qu'elle devrait avoir honte de traîner dans les rues comme une mendiante.]

© UNICEF/UNI119790/Noorani]

3. Effets de la violence sur la santé mentale des enfants

Incidences de la violence contre les enfants sur leur santé mentale

Il est prouvé de manière indiscutable que la violence nuit à la santé mentale des enfants et leur fait courir un risque réel de développer des troubles mentaux durables. Les expériences négatives vécues pendant l'enfance, telles que la violence, peuvent être traumatisantes et susciter des réactions au stress délétères, provoquant des dégâts physiologiques et psychologiques immédiatement et à long terme⁴².

Les problèmes de santé mentale les plus fréquemment signalés à la suite de violences contre des enfants relèvent des trois catégories suivantes : **les troubles comportementaux et émotionnels ; les problèmes cognitifs et les troubles de l'attitude ; les problèmes à long terme** (figure 1)⁴³.

Le risque de **troubles comportementaux et émotionnels** est plus élevé chez les enfants exposés à des formes cumulées de violence dans plus de deux contextes, comme par exemple la violence à la maison, les atteintes sexuelles et le stress parental⁴⁴. Les enfants souffrant de ces troubles peuvent présenter

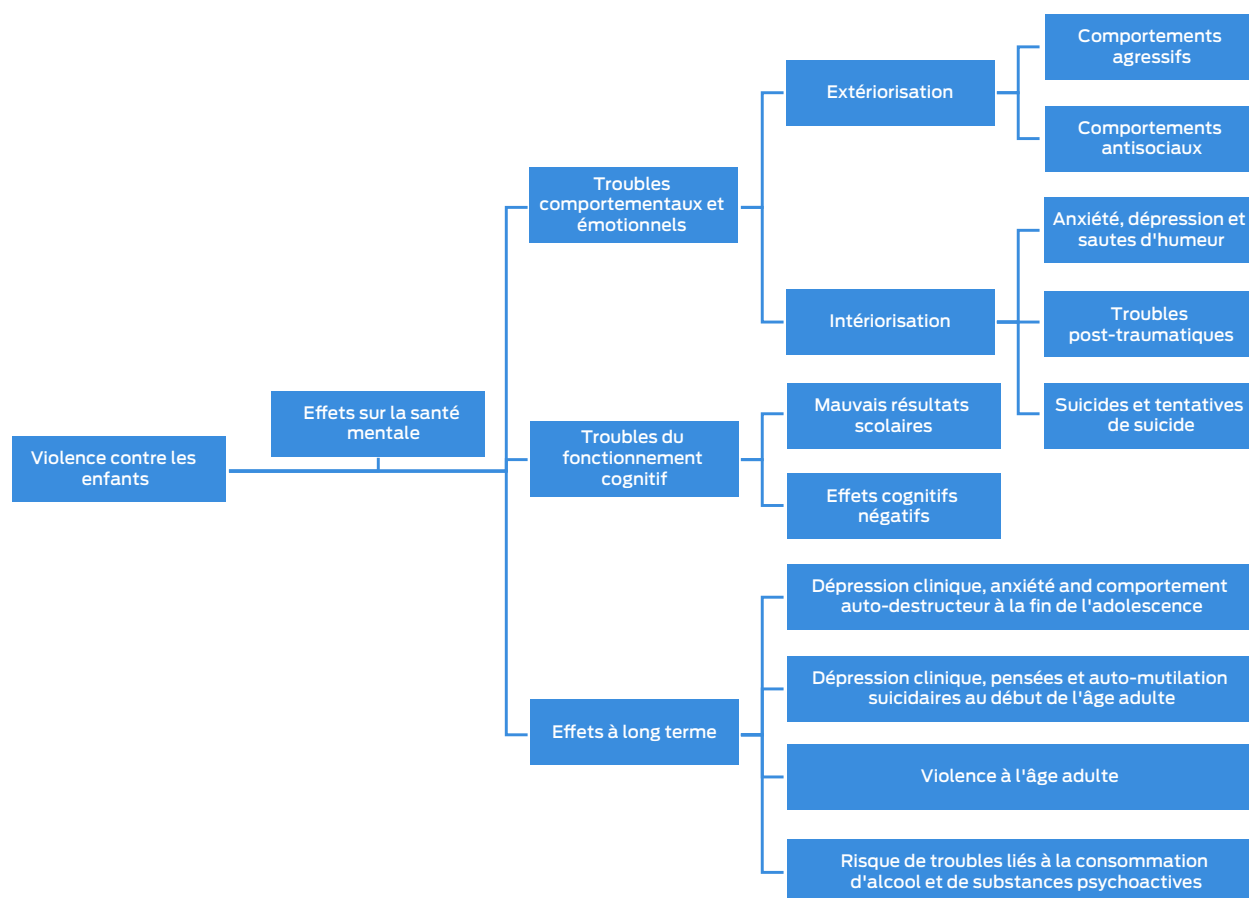


Figure 1 : Vue d'ensemble des principaux effets de la violence sur la santé mentale

Source : Professeure Ghizlane Benjelloun

des symptômes d'extériorisation dirigés contre d'autres personnes (niveau accru d'agressivité et tendance plus marquée à enfreindre les règles et à s'emporter). En outre, la manifestation extérieure de symptômes de troubles mentaux comme les comportements agressifs ou antisociaux tend à augmenter la victimisation des pairs.

Les enfants peuvent également présenter des symptômes d'intériorisation (hausse de l'anxiété, dépression et sautes d'humeur, troubles post-traumatiques, tentatives de suicide et mort par suicide par exemple). Les traumatismes et la violence pendant l'enfance peuvent également conduire à des comportements faisant peser des risques réels sur la santé de l'enfant. La consommation de drogues et d'alcool chez les enfants a augmenté au niveau mondial : c'est pour eux un moyen d'affronter et de gérer leurs émotions négatives⁴⁵.

Encadré 5. Liens entre la violence pendant l'enfance, l'anxiété et la dépression

Une étude réalisée en Norvège en 2015 a confirmé l'existence de liens étroits entre toutes les combinaisons de violence pendant l'enfance et l'anxiété ou la dépression. Parmi les participantes et participants exposés à une quelconque forme de violence pendant leur enfance, celles et ceux ayant fait l'objet de négligence ou de violences psychologiques souffraient davantage d'anxiété ou de dépression que celles et ceux ayant fait face à la violence sexuelle ou familiale uniquement. Parmi les participantes et participants exposés à deux types de violence pendant leur enfance, celles et ceux qui avaient fait l'objet de négligence ou de violence psychologique doublée de violences sexuelles ou familiales, voire les deux à la fois, faisaient état d'un niveau plus élevé d'anxiété ou de dépression que celles et ceux ayant subi des violences sexuelles couplées à des violences physiques au sein de leur famille. Sans surprise, c'étaient les participants qui avaient dû faire face à trois types de violence pendant leur enfance qui présentaient le niveau le plus élevé d'anxiété ou de dépression⁴⁶.

Les enfants témoins ou victimes de violence manifestent parfois des symptômes de troubles post-traumatiques analogues à ceux des soldats revenant de la guerre, l'intensité de leur détresse étant fonction du nombre d'actes violents dont ils ont été témoins ou victimes. Parmi ces symptômes, on peut citer

des difficultés de concentration, l'irruption de peurs envahissantes et l'impression d'être un intrus⁴⁷.

Il importe toutefois de noter le risque que des enfants présentant une réaction normale à la violence et à la maltraitance fassent l'objet d'une prise en charge médicale inadaptée. En effet, leur comportement face à la violence est parfois diagnostiqué comme un problème de santé mentale alors qu'il s'agit d'une réaction prévisible et parfaitement proportionnée à la situation.

Les données sur les **troubles du fonctionnement cognitif** montrent que la violence pendant l'enfance est associée à un développement cognitif plus lent, à de mauvais résultats scolaires et à une faible participation à l'école. Les symptômes et troubles mentaux qui laissent présager de mauvais résultats scolaires comprennent les troubles post-traumatiques, l'anxiété, les comportements agressifs et la dépression.

Il existe par ailleurs chez l'enfant une corrélation entre l'exposition à un traumatisme et la survenue de **problèmes à long terme** tels que la dépression, la faible estime de soi et l'usage de substances psychoactives à la fin de l'adolescence et au début de l'âge adulte. Les expériences négatives vécues pendant l'enfance peuvent en outre rendre une personne moins à même d'affronter sereinement les difficultés de la vie, ce qui risque de nuire à sa santé en altérant son comportement et de grever ses perspectives de vie, voire d'entraîner un décès prématuré⁴⁸.

Encadré 6. Liens entre différents types d'exposition à la violence pendant l'enfance et la santé mentale

Une étude menée au Malawi sur les liens entre différents types d'exposition à la violence pendant l'enfance et la santé mentale a révélé⁴⁹:

- Une forte corrélation entre l'exposition passée et récente à la violence ;
- Le caractère souvent simultané de l'exposition à trois formes de violence ;
- Un rapport direct ou indirect entre l'exposition à une forme particulière de violence et un niveau accru de détresse psychologique en raison des liens entre le type de violence subi et d'autres formes de violence.

Ces résultats font écho à un large éventail de documents sur les liens entre violence et problèmes de santé mentale chez les enfants dans d'autres pays⁵⁰.

Les expériences négatives vécues pendant l'enfance ont été associées en particulier à un risque accru de troubles liés à la consommation d'alcool et de substances psychoactives, de suicide et de problèmes de santé mentale, de maladie cardiaque et d'autres maladies chroniques ainsi que de comportements risqués pour la santé tout au long de la vie. Elles ont également été associées à un niveau inférieur d'instruction, d'emploi et de revenu, qui se répercute directement et indirectement sur la santé et le bien-être.

Un lien a été établi entre les expériences négatives vécues dans l'enfance et au moins 5 des 10 principales causes de décès, dont plusieurs, comme les maladies cardiaques, les maladies pulmonaires et l'obésité, contribuent à une diminution de l'espérance de vie⁵¹. D'après une analyse des expériences négatives vécues pendant l'enfance dans 17 pays, les adultes ayant connu au moins quatre expériences de cette nature avant l'âge de 18 ans ont 7 à 8 fois plus de chances d'être impliqués dans des violences interpersonnelles et 30 fois plus de chances de faire une tentative de suicide que ceux n'ayant vécu aucune expérience négative au cours de leur enfance⁵².

INFORMATIONS CLÉS

- La violence pendant l'enfance est un facteur de risque important d'apparition de troubles mentaux persistants.
- L'exposition des enfants à la violence peut susciter des réactions au stress délétères, qui causent des dégâts physiologiques et psychologiques immédiatement et à long terme.
- Les problèmes de santé mentale les plus souvent signalés à la suite de violences contre des enfants sont des troubles comportementaux et émotionnels, des problèmes cognitifs et des troubles de l'attitude ainsi que des problèmes à long terme.
- Les expériences négatives vécues dans l'enfance ont été associées à un risque accru de troubles liés à la consommation d'alcool et de substances psychoactives, de suicide et de problèmes de santé mentale, de maladie cardiaque et autres maladies chroniques ainsi que de comportements risqués pour la santé tout au long de la vie.
- Les adultes ayant vécu au moins quatre expériences négatives avant l'âge de 18 ans ont 7 à 8 fois plus de chances d'être impliqués dans des violences interpersonnelles et 30 fois plus de chances de faire une tentative de suicide que ceux n'ayant connu aucune expérience de cette nature pendant leur enfance⁵³.

Les incidences de la violence contre les enfants sur leur santé mentale tout au long de la vie

Les effets de la violence sur la santé mentale des enfants **dépendent de la manière dont ceux-ci vivent cette violence pendant leur croissance et leur développement**. Ils peuvent commencer à se faire sentir alors que l'enfant est encore dans l'utérus, la violence faisant alors peser un grand risque sur le système nerveux et le cerveau de l'enfant. Le plus grave danger pour l'enfant à naître est la violence domestique exercée contre la mère par son partenaire, son époux ou d'autres membres de sa famille.

Les premières années

Au cours des premières années de l'enfance, une situation familiale difficile engendre un stress susceptible d'entraîner des problèmes de santé mentale plus tard dans la vie. Des scientifiques ont montré que la maltraitance pouvait en quelque sorte s'ancrer biologiquement chez l'enfant, allant parfois jusqu'à altérer la structure et le fonctionnement du jeune cerveau⁵⁴.

Pour se développer de façon normale et saine, un enfant a besoin, jusqu'à l'âge préscolaire, de relations sûres et sécurisantes avec les personnes qui s'occupent de lui. Toute perturbation due à une exposition à la violence par exemple risque d'entraver chacun des aspects du développement de l'enfant. Celui-ci risque plus précisément de ne jamais parvenir à un niveau sain de confiance en autrui et d'autonomie⁵⁵. L'exposition à la violence pendant la petite enfance peut entamer le lien d'attachement sécurisant entre un enfant et les personnes qui s'en occupent, provoquer chez lui des troubles du sommeil et de l'alimentation et altérer son développement cérébral.

Les nourrissons et les enfants en bas âge qui sont témoins de violence chez eux ou dans leur communauté font preuve d'une irritabilité excessive, se comportent de façon immature, connaissent des troubles du sommeil, souffrent de détresse émotionnelle, craignent la solitude, apprennent tardivement la propreté et présentent des retards de langage⁵⁶.

Encadré 7.

La violence pendant l'enfance compromet le développement normal

Les traumatismes, en particulier la violence familiale, entravent le développement de la confiance chez l'enfant et freinent pendant l'adolescence la propension normale à explorer et à repousser les limites, qui permet aux jeunes d'acquérir d'avantage d'autonomie⁵⁷.

De récents rapports ont fait état chez les jeunes de symptômes très proches des troubles post-traumatiques observés chez les adultes, notamment le fait de revivre de manière répétée l'événement traumatisant ainsi que l'évitement et la tendance à « engourdir » sa sensibilité⁵⁸.

Les enfants d'âge préscolaire ne sont pas encore capables de contrôler pleinement leurs émotions. Des études ont mis en évidence certains effets sur le comportement d'une exposition à la violence à cet âge, parmi lesquels l'ambivalence à l'égard des parents, l'emportement, les pleurnichements et la difficulté à se détacher des adultes ou la fréquence des pleurs, qui sont autant de signes possibles d'anxiété et de stress post-traumatique⁵⁹.

Enfance

Entre 6 et 12 ans, les enfants commencent à comprendre ce qu'on attend d'eux et à élaborer leur perception d'eux-mêmes en se comparant aux personnes de leur entourage. Des études montrent que la violence domestique peut provoquer chez les enfants de ce groupe d'âge, entre autres, des sentiments de culpabilité et de honte, de l'anxiété et des symptômes de stress post-traumatique⁶⁰. Parfois, l'enfant commence à éprouver des difficultés à l'école et les relations qu'il entretient avec ses camarades se détériorent. Il peut manquer de motivation ou avoir des difficultés de concentration à cause de pensées envahissantes. C'est à cette période de la vie que débute la socialisation de genre et que l'enfant porte ses premiers jugements sur ce qui est juste ou non et sur le degré de satisfaction de ses besoins⁶¹.

Il est possible que les enfants en âge d'aller à l'école soient mieux à même que les enfants d'âge préscolaire d'appréhender les circonstances entourant la violence dont ils sont victimes ou témoins, et qu'ils soient en mesure de mobiliser davantage de ressources intérieures (perceptions plus fines par exemple) et extérieures (professionnels en milieu scolaire et

informations sur la violence familiale) susceptibles de les aider à faire face⁶².

Néanmoins, tout comme les enfants d'âge préscolaire, les enfants en âge d'aller à l'école, quand ils sont exposés à la violence, présentent davantage de troubles du sommeil, ont moins tendance à explorer et à jouer librement et se montrent moins désireux de maîtriser leur environnement⁶³. En outre, les enfants en âge d'être scolarisés, plus à même de comprendre que la violence dont ils sont témoins ou qu'ils subissent est intentionnelle, se demandent parfois comment ils auraient pu l'éviter ou craignent d'en être la cause.

Encadré 8.

Effets de la violence de proximité sur les enfants en âge d'aller à l'école

Selon plusieurs études, il existe un lien entre l'exposition à la violence de proximité et les symptômes d'anxiété, la dépression et les comportements agressifs chez les enfants en âge d'être scolarisés qui vivent dans des quartiers urbains violents⁶⁴. Dans les cas extrêmes d'exposition à la violence de proximité chronique, les enfants en âge d'être scolarisés présentent parfois des symptômes analogues aux troubles post-traumatiques. Certaines études ont mis en évidence le lien entre les violences dont les enfants sont témoins et les cauchemars qu'ils font, leur peur de sortir de chez eux, leur anxiété et un effet de désensibilisation⁶⁵.



[Photo 4 : Tommy [NOM MODIFIÉ], 16 ans, à Dublin (Irlande). Dans son quartier, Tommy a été victime de violences et d'intimidation de la part de la police et de ses pairs. Il voit dans l'absence d'espace et d'infrastructures de loisirs l'une des principales causes des confrontations violentes dans son quartier.

© UNICEF/UNI195867/Blundell]

Encadré 9. Données clés sur les adolescents et la santé mentale

- Parmi les effets de l'exposition à la violence sur les adolescents, on peut citer la dépression, les pensées suicidaires, la violence dans les relations amoureuses, l'usage de substances psychoactives et le recours à la violence comme tactique de contrôle. Jusqu'à 20 % des adolescents de 15 à 19 ans dans le monde sont atteints de troubles mentaux.
- Le suicide est la troisième cause de décès chez les adolescents de 15 à 19 ans au niveau mondial.
- Environ 15 % des adolescents des pays à faible revenu et à revenu intermédiaire ont songé au suicide.
- Aujourd'hui, les troubles mentaux et la consommation de substances psychoactives constituent la première cause de handicap chez les enfants et les jeunes à l'échelle mondiale⁶⁶.

Adolescence

Lapsychologie cognitive et les études neuroscientifiques ont transformé notre compréhension des causes possibles de l'apparition de **troubles mentaux à l'adolescence**. À cet âge, une transition fondamentale s'opère : l'opinion des pairs prend le dessus sur celle des parents ou des autres membres de la famille. Sous l'emprise de leurs pairs, les adolescents sont très réceptifs aux stimuli sociaux et plus enclins aux comportements à risque.

À l'adolescence, étape cruciale de la vie marquée par une quête active d'identité, l'absence d'encadrement peut amener à faire de mauvais choix⁶⁷. L'exposition à la violence et la perpétuation de normes de comportement violent peuvent avoir pour effet de vicier le passage à la maturité sexuelle et les premières expériences sexuelles. Les adolescents ont parfois du mal à obtenir le type ou le niveau d'aide dont ils ont besoin, les séquelles de leur exposition à la violence étant masquées par leur inclination à enfreindre les normes et les lois ou leur comportement violent.

De nombreuses études sur la violence à l'adolescence montrent que les adolescents exposés depuis toujours à la violence, notamment la violence de proximité chronique, manifestent généralement un niveau élevé d'agressivité et une forte tendance à l'emportement. À cela s'ajoutent souvent de l'anxiété, des problèmes de comportement, de mauvais résultats et de

l'absentéisme scolaires ainsi qu'une tendance aux représailles.

Les effets plus graves constatés chez les adolescents pourraient tenir à ce qu'ils sont davantage exposés à la violence que les enfants plus jeunes. Les adolescents en état de traumatisme chronique peuvent sembler complètement insensibles et imperméables à la douleur et avoir un développement émotionnel limité au fil du temps. Dans d'autres cas, ils nouent avec des groupes de pairs et des gangs une relation de substitution aux liens familiaux et font de la violence comme moyen de gérer les conflits et leur frustration une partie intégrante de leur vie⁶⁸.

Aspects intergénérationnels

« Il peut s'agir d'adolescents ou de parents ayant eu une enfance très difficile dont ils gardent des séquelles et qu'ils n'arrivent pas à oublier. Ils se vengent donc sur d'autres enfants et leur font vivre ce qu'ils ont eux-même enduré étant jeunes. »

Ava (nom modifié), Canada⁶⁹

Les données issues de pays à revenu élevé sur les **aspects intergénérationnels** de la violence et de la santé mentale montrent que les expériences négatives vécues par la mère pendant son enfance ont de lourdes conséquences susceptibles de se faire sentir tout au long de la vie, mais également de se transmettre de génération en génération⁷⁰. Ces expériences ont notamment pour effet de perturber la fonction parentale, de réduire l'attachement et de nuire aux résultats scolaires et à la santé mentale des enfants.

Dans les pays à revenu faible et intermédiaire, de récentes études ont montré que les mauvais traitements infligés aux mères et leur exposition à la violence pouvaient entraîner une augmentation des attitudes et tendances violentes à l'égard des enfants⁷¹. Un lien a également été établi entre dépression maternelle et perturbations du développement émotionnel, comportemental et cognitif de l'enfant, lesquelles se traduisent notamment par des problèmes de santé mentale signalés par les enfants eux-mêmes, un risque accru de violence et de consommation de substances psychoactives et de mauvais résultats scolaires⁷².

L'enfant peut également subir un préjudice lorsque les personnes qui s'occupent de lui sont en proie à **la violence au sein du couple ou qu'il est témoin de cette violence**. Des études montrent que les enfants témoins de violence à la maison ou vivant avec une mère victime de violence de la part de son partenaire intime risquent davantage de subir de mauvais traitements au sein du foyer. Il semblerait en outre que les enfants exposés à la violence domestique tendent davantage



[Photo 5 : Fatima [NOM MODIFIÉ], 16 ans, tient dans ses bras son nouveau-né dans un refuge pour filles et femmes victimes de violence sexuelle et fondée sur le genre à Mogadishu (Somalie). Elle est tombée enceinte de cet enfant après avoir été violée par un groupe d'hommes.

© UNICEF/UNI126738/HoI]

INFORMATIONS CLÉS

- Les effets de la violence sur la santé mentale des enfants dépendent de la manière dont ils vivent cette violence pendant leur croissance et leur développement.
- La violence dans la petite enfance peut mettre en péril les liens d'attachement sécurisants, perturber le sommeil et les habitudes alimentaires et altérer le développement cérébral.
- Les nourrissons et les enfants en bas âge témoins de violence peuvent se montrer excessivement irritables, craindre la solitude, apprendre tardivement la propreté et présenter des retards de langage.
- Souvent, les enfants en âge d'aller à l'école perçoivent mieux que les enfants plus jeunes l'intentionnalité de la violence et se demandent ce qu'ils auraient pu faire pour l'éviter ou y mettre fin.
- À l'adolescence, la sensibilité à l'influence des pairs augmente, de même que la propension aux comportements à risque. Les effets de l'exposition à la violence sur les adolescents comprennent la dépression, les pensées suicidaires, l'usage de substances psychoactives et le recours à la violence comme tactique de contrôle.
- Les expériences de la violence ont des incidences intergénérationnelles sur la santé mentale, en particulier les expériences négatives vécues par la mère pendant son enfance et la violence au sein du couple.

à se comporter de manière agressive avec leurs pairs ou leurs frères et sœurs et à perpétuer la violence dans leur vie d'adulte, soit comme victimes, soit comme agresseurs. Le fait d'être témoin de violences entre leurs parents ou les personnes qui s'occupent d'eux peut influencer le jugement des enfants quant à l'acceptabilité de cette violence dans la famille ou entre proches. Les comportements acquis risquent ensuite de se transmettre à la génération suivante, perpétuant ainsi le cycle de la violence.

Les effets sur la santé mentale de la violence contre les enfants sous ses différentes formes et dans ses divers contextes

Outre qu'ils varient au cours de la vie, les effets de la violence sur la santé mentale des enfants dépendent des formes de violence subies et des contextes dans lesquels la violence se produit. On trouvera dans le tableau 1 ci-après une synthèse des principales incidences sur la santé mentale de la violence selon les formes qu'elle revêt et les contextes dans lesquels elle survient.

Il importe de noter que l'exposition à la violence ne constitue pas en soi un diagnostic. Toutes les personnes touchées par un type particulier de violence ne réagissent pas de la même manière ni ne bénéficient de la même intervention.

Tableau 1. EFFETS DE LA VIOLENCE SUR LA SANTÉ MENTALE SELON SES FORMES ET SES CONTEXTES

| Formes et contextes | Effets sur la santé mentale |
|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Violence psychologique | <p>Risque accru de dépression, d'anxiété, de faible estime de soi, de relations inappropriées ou perturbées et de manque d'empathie tout au long de la vie.</p> <p>Retards de développement possibles pendant l'enfance.</p> |
| Violence sexuelle | <p>Parmi les conséquences possibles figurent la dépression, les troubles post-traumatiques, le risque de suicide, l'usage de substances psychoactives, les troubles alimentaires, les grossesses précoces, les comportements sexuels à risque, les mauvais résultats scolaires et l'impression de la victime d'être en moins bonne santé que les autres⁷³.</p> <p>Perturbation possible de sensations corporelles telles que l'intensité de la douleur et la faim⁷⁴, ainsi que de la capacité d'attention et de la mémoire de travail⁷⁵.</p> <p>Les conséquences psychologiques et émotionnelles peuvent être particulièrement dévastatrices, car la loi du silence, la honte et la stigmatisation fondée sur des normes de genre pernicieuses font que les filles et les garçons victimes de violence sexuelle doivent souvent affronter seuls cette épreuve.</p> |
| Violence physique et châtiments corporels | <p>Troubles comportementaux et anxieux, la dépression et consommation de substances psychoactives.</p> <p>Les données disponibles montrent que les châtiments corporels font augmenter l'agressivité et baisser l'empathie et influent sur la manière dont les enfants assimilent et suivent les règles morales⁷⁶.</p> <p>Développement cognitif plus lent et résultats scolaires moins bons.</p> |
| Négligence | <p>Associée à une série de problèmes de comportement, de cognition, de développement et d'intériorisation⁷⁷, la négligence est potentiellement aussi préjudiciable que d'autres formes de maltraitance⁷⁸.</p> |
| Brimades | <p>Mauvais résultats scolaires et problèmes de santé mentale comme l'anxiété et la dépression, les pensées et actions suicidaires, l'automutilation et les comportements violents, symptômes qui persistent à l'âge adulte. Nombre de ces effets s'observent également dans le cas du cyberharcèlement, lui aussi associé à un risque accru de consommation excessive d'alcool, de tabagisme et de participation à des jeux d'argent⁷⁹.</p> <p>Les victimes de brimades ne sont pas les seules à en subir les conséquences : on observe également que les enfants qui se livrent à ces actes réussissent moins bien pendant l'enfance et plus tard dans leur vie. Les auteurs de brimades présentent davantage de troubles de l'extériorisation, qui se traduisent par des comportements antisociaux et dangereux puis, plus tard, par des actes criminels. Être à la fois auteur et victime de brimades accroît les risques de problèmes psychologiques et comportementaux.</p> |
| Violence en ligne | <p>L'exposition des enfants à la violence et à des contenus inappropriés en ligne (contenu montrant des sévices sur des enfants, pornographie, discours de haine et contenu incitant à un comportement malsain ou dangereux comme l'automutilation, le suicide ou l'anorexie) est associée à des comportements problématiques tels que l'agressivité, l'anxiété et les symptômes de stress post-traumatique. Il arrive également que le niveau d'empathie et de compassion de ces enfants envers autrui diminue. La représentation du suicide en ligne risquant de conduire à des suicides « par imitation » est particulièrement problématique⁸⁰.</p> |
| Enfants placés en institution | <p>Des éléments solides et concordants mettent en lumière les effets délétères du placement en institution sur la santé mentale des enfants, notamment la prévalence élevée de symptômes psychiatriques et de problèmes émotionnels et comportementaux. Des études systématiques font souvent apparaître des liens entre négligence institutionnelle grave et retards de développement cognitif. Une telle négligence peut également entraîner une invalidité permanente⁸¹.</p> <p>Des études ont confirmé les effets cognitifs particulièrement négatifs du placement en institution sur les jeunes enfants et ceux qui y passent de longues périodes⁸².</p> |

| Formes et contextes | Effets sur la santé mentale |
|-----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Enfants privés de liberté | <p>Les enfants placés en détention pour raisons judiciaires présentent bien plus souvent que les autres enfants de leur communauté des problèmes de santé mentale, en particulier des troubles liés à l'usage de substances psychoactives, des troubles du comportement et des dépressions. De nombreux enfants en détention souffrent également de troubles post-traumatiques et d'autres problèmes de santé mentale graves nécessitant un traitement immédiat. Il importe de souligner le taux élevé de comorbidité (présence simultanée d'autres pathologies) des troubles mentaux observé chez les enfants en détention⁸³.</p> <p>Les comportements autodestructeurs et suicidaires sont plus fréquents chez les enfants en détention que chez les autres enfants de leur communauté. Les adolescents ayant connu la détention présentent un risque quatre fois plus élevé de décès par suicide que les autres adolescents⁸⁴.</p> <p>Les enfants placés en détention migratoire sont sujets à de graves troubles mentaux en raison d'un ensemble de facteurs, parmi lesquels la torture et les traumatismes subis avant leur arrivée, l'éclatement des familles lors de la détention, la durée de la détention et l'incertitude quant à l'avenir ainsi que les traumatismes dont ils sont témoins pendant leur détention⁸⁵.</p> |
| Pratiques préjudiciables | <p>Les pratiques préjudiciables peuvent causer des dommages psychologiques immédiatement et à long terme.</p> <p>Les filles et les femmes ayant subi des mutilations génitales féminines, par exemple, présentent plus souvent des troubles mentaux : elles souffrent notamment de dépression, de troubles anxieux, de troubles post-traumatiques ainsi que de douleurs et autres symptômes somatiques sans cause physique apparente⁸⁶.</p> <p>Des études sur le mariage d'enfants et le bien-être psychologique au Niger et en Éthiopie ont mis en évidence les effets particulièrement dommageables des mariages précoces sur le bien-être psychologique des enfants, tels que la dépression et l'anxiété, ainsi que sur leur vitalité et leur santé globale. Ce constat restait valable même en tenant compte de la prévalence des mariages d'enfants, de la violence et du niveau moyen de bien-être psychologique au sein de la communauté. Il apparaît ainsi que les mariages précoces nuisent au bien-être psychologique des enfants, même si l'on prend en compte les normes sociales qui sous-tendent le mariage d'enfants et d'autres variables propres aux populations concernées⁸⁷.</p> |
| Violence armée dans la communauté | <p>Des études montrent que les enfants exposés à la violence armée risquent d'en subir les effets psychologiques à court et long terme, qui se traduisent notamment par de la colère, un repli sur soi, des troubles post-traumatiques, une désensibilisation à la violence, des troubles du sommeil, des pensées envahissantes sur l'événement à l'origine du traumatisme, des difficultés de concentration en classe, une baisse des résultats scolaires et de moindres aspirations académiques et professionnelles. On observe également chez ces enfants une augmentation des comportements agressifs, des comportements sexuels à risque et de l'usage de substances psychoactives⁸⁸.</p> <p>Les incidences sont plus marquées chez les enfants directement victimes de la violence armée ou vivant dans des communautés où ils en sont régulièrement témoins.</p> |
| Enfants réfugiés | <p>Les réfugiés fuyant les persécutions, la torture ou la violence sexuelle présentent un risque élevé de développer des troubles psychologiques aigus et chroniques. Les traumatismes cumulés subis avant le déplacement, comme le fait d'être l'objet de menaces ou le témoin de violences et de ne pas pouvoir satisfaire ses besoins fondamentaux, et après le déplacement, comme les craintes liées à la protection, l'apatridie et la détention, contribuent également à la détresse générale de l'enfant⁸⁹.</p> <p>Pour les enfants traversant ces épreuves, le risque est bien plus grand de souffrir de graves problèmes de santé mentale, notamment de troubles post-traumatiques et de dépression plus tard dans leur vie⁹⁰.</p> <p>Une méta-analyse de 30 études sur les réfugiés a montré que le taux de prévalence des enfants réfugiés remplissant les critères des troubles post-traumatiques variait de 0 % à 87 % selon les études⁹¹. Les enfants disaient craindre de se souvenir d'événements traumatisants, redouter que ceux-ci ne se reproduisent, souffrir de maux de tête, perdre du poids, être en proie à une anxiété générale et avoir des insomnies. Le taux de prévalence des symptômes dépressifs variait de 35 % à 90 % selon les études.</p> <p>Le taux de prévalence de l'agressivité et des problèmes de comportement chez les jeunes dans les camps de réfugiés se situe autour de 36 %, les garçons se montrant plus agressifs que les filles⁹².</p> |

| Formes et contextes | Effets sur la santé mentale |
|-------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Épidémie | <p>Les mesures de confinement peuvent exposer les enfants à un risque accru de violence et d'exploitation. En raison de la perturbation des services qui leur sont destinés, les enfants maltraités dans leur foyer, pris en charge dans une structure de protection de remplacement, vivant dans la rue ou se trouvant dans une situation de crise humanitaire peuvent se voir privés de l'aide nécessaire à leur sécurité et à leur survie.</p> <p>Outre les conséquences de la violence à la maison, sur Internet ou dans d'autres contextes, l'isolement engendré par les mesures de confinement en période d'épidémie s'accompagne d'un ensemble d'effets sur la santé mentale des enfants.</p> <p>Les enfants peuvent souffrir du bouleversement de la routine structurant leur quotidien, lequel devient dès lors imprévisible et peu rassurant. Ils peuvent également craindre pour leur propre sécurité et celle de leurs proches, se demander comment leurs besoins fondamentaux seront satisfaits et interroger l'avenir avec inquiétude. Les enfants ayant déjà subi un traumatisme ou présentant des troubles mentaux, des problèmes physiques ou des problèmes de développement préexistants risquent particulièrement de souffrir de troubles émotionnels.</p> <p>La manière dont les enfants réagissent et les signes habituels de détresse peuvent varier selon leur âge, leurs expériences antérieures et la façon dont ils font généralement face au stress. Les changements ci-après sont fréquemment observés chez les enfants :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pleurs ou irritabilité excessifs chez les jeunes enfants ▪ Retour à des comportements qu'ils ont dépassés, comme les accidents aux toilettes et l'énurésie ▪ Inquiétude ou tristesse excessive ▪ Irritabilité et emportements chez les adolescents ▪ Mauvais résultats scolaires ▪ Délaissement d'activités qu'ils appréciaient auparavant ▪ Maux de tête ou douleurs physiques inexplicables ▪ Consommation d'alcool, de tabac ou d'autres drogues |
| Conflits armés internationaux et internes | <p>Toutes les données confirment les effets destructeurs de la guerre et de la violence militaire sur la santé mentale des enfants et des adultes, qui souffrent davantage de troubles post-traumatiques, de dépression, d'anxiété et de troubles dissociatifs (surgissement du souvenir d'un événement traumatisant, sensation brève de détachement de son environnement, incapacité à se rappeler quoi que ce soit pendant un certain temps)⁹³.</p> <p>Les traumatismes crânio-cérébraux sont un problème majeur chez les enfants dans les zones de conflit et accroissent le risque de problèmes de santé mentale ultérieurs⁹⁴.</p> <p>Il est important de se rappeler que les facteurs de stress sont liés entre eux dans ces contextes, et que les effets préjudiciables de la violence sont aggravés par le manque d'accès aux services d'aide dont les enfants ont besoin pour survivre et faire face au stress.</p> <p>La violence systématique est particulièrement traumatisante pour les victimes et les personnes qui les soignent et leur viennent en aide⁹⁵. On peut citer comme exemple la violence extrême, la torture, la réduction en esclavage, la violence sexuelle systématique et le recrutement d'enfants soldats dont l'organisation Daech (EIL) s'est rendue coupable à l'encontre de la minorité yézidie dans le nord de l'Iraq. Près de la moitié (42,9 %) des victimes de l'EIL ayant réussi à s'échapper sont en état de stress post-traumatique complet et 39,5 % souffrent de dépression majeure. Parmi les victimes de Daech, les femmes risquent plus que les hommes de souffrir de troubles post-traumatiques et de dépression majeure. La torture et la violence sexuelle sont d'importants facteurs prédictifs des troubles post-traumatiques et de la dépression comorbide⁹⁶.</p> |



4. Comprendre les facteurs de risque et de protection

Pour agir efficacement, il importe avant tout de déterminer les facteurs exposant les enfants à la violence et aux problèmes de santé mentale, et les facteurs susceptibles de les en protéger. Par ailleurs, les activités de prévention et les interventions ne peuvent atteindre leur objectif que dans le cadre d'une stratégie intégrée de réduction des risques pour les enfants et de renforcement de leur protection.

Facteurs de risque

Si certains facteurs de risque correspondent à une forme particulière de violence contre les enfants, les différents types de violences sont généralement associés à plusieurs facteurs de risque communs, comme en témoigne la prévalence de la polyvictimisation, caractérisée par la concomitance de différentes formes de violence⁹⁷. Les risques peuvent survenir au niveau individuel, dans le cadre de relations ou au sein des collectivités et des sociétés, conformément au modèle socio-écologique⁹⁸. De même, les déterminants de la santé mentale relèvent de multiples facteurs biologiques, psychologiques, sociaux et environnementaux⁹⁹.

Les **facteurs individuels** comprennent les caractéristiques biologiques et démographiques augmentant le risque qu'un enfant ou un(e) jeune soit victime de violence, notamment le genre, l'âge, le faible niveau d'éducation, les bas revenus, le handicap ou les troubles mentaux, le fait d'être lesbienne, gay, bisexuel(le) ou transgenre, la consommation nocive d'alcool et de drogues et l'exposition antérieure à la violence. Plusieurs de ces caractéristiques exercent également une influence déterminante sur la santé mentale de manière générale. Il importe ici de tenir compte des effets amplifiés de l'intersectionnalité sur les disparités et les résultats en matière de santé mentale¹⁰⁰.

Les **facteurs relationnels** procèdent des relations avec les pairs, les partenaires intimes et les membres de la famille. Il peut s'agir d'un manque d'attachement émotionnel entre l'enfant et ses parents ou celles et ceux qui s'occupent de lui, d'une mauvaise éducation, de dysfonctionnements familiaux ou de l'éclatement de sa famille, de sa participation à des activités illégales avec ses pairs, de violences dont il est témoin entre ses parents ou celles et ceux qui s'occupent de lui ou encore de mariages précoces ou forcés. La perte d'un parent ou d'un membre de la famille proche, la mauvaise santé mentale de la mère et l'usage de substances psychoactives par les personnes qui s'occupent de lui sont également associés à des problèmes de santé mentale chez l'enfant¹⁰¹.

Les **facteurs de risque liés à l'environnement local** comprennent la manière dont les caractéristiques des établissements scolaires, des lieux de travail ou encore des quartiers accroissent le risque de violence pendant l'enfance. Parmi ces caractéristiques figurent la pauvreté, une densité de population élevée, la présence transitoire de certaines populations, la faible cohésion sociale, l'insécurité de l'environnement physique, un fort taux de criminalité et la présence d'un trafic de drogue local. Des études montrent que le risque de subir de multiples formes de violence est plus élevé chez les enfants vivant dans la pauvreté et présentant d'autres facteurs de risque démographiques (ménage monoparental et appartenance à une minorité ethno-raciale par exemple), quel que soit le type de logement où ils résident et qu'ils soient ou non sans-abri¹⁰².

Les **facteurs de risque sociétaux** correspondent notamment aux normes juridiques et sociales qui créent un climat dans lequel la violence est encouragée ou normalisée. Il s'agit en outre de normes culturelles qui voudraient que le recours à la violence pour résoudre un conflit soit acceptable, que les hommes dominent les femmes et les enfants et que l'autorité parentale prime sur le bien-être des enfants. À ces facteurs s'ajoutent les politiques sanitaires, économiques, éducatives et sociales qui perpétuent les disparités économiques et sociales et les inégalités de genre, l'absence ou l'insuffisance de la protection sociale, une faible gouvernance et une mauvaise application des lois.

Encadré 10. Attitudes à l'égard de la violence

Les attitudes à l'égard de la violence déterminent en grande partie les risques que ce phénomène fait peser. Une étude longitudinale menée en 2017 dans neuf pays par Lansford et al. a montré que l'acceptation de la violence par la collectivité constituait un facteur prédictif d'une discipline parentale violente¹⁰³. Quand la société accepte le recours à la violence, les enfants l'acceptent également et le rationalisent, notamment comme moyen d'imposer la discipline¹⁰⁴. Des études indiquent en outre que les croyances et les attitudes des enseignants concernant la violence déterminent le niveau de violence qui règne dans leur classe, compte tenu de l'influence majeure qu'ils exercent sur la perception de ce qui constitue un comportement « normal » ou approprié. Par leurs convictions, même si elles n'ont pour effet que l'inaction, les enseignants peuvent accroître la prévalence et la fréquence des comportements de harcèlement dans leur classe¹⁰⁵.

Les **situations d'urgence**, telles que les conflits, les catastrophes naturelles et les épidémies fragilisent les sociétés et entraînent une diminution des activités de soutien permettant de protéger les enfants en temps normal. Lorsque ses parents ou d'autres adultes importants pour lui sont tués, rendus invalides ou traumatisés, l'enfant est parfois contraint d'assumer des responsabilités d'adulte en s'occupant d'autres personnes.

Les écoles, qui jouent un rôle protecteur à de nombreux égards et constituent un point d'entrée vers les services de santé mentale et d'aide psychosociale, peuvent être fermées, endommagées ou visées par des attaques militaires. Le déplacement ou le confinement obligatoire des familles et la disparition d'espaces communs sûrs limitent souvent les possibilités de jeu et de rencontre amicale des enfants.

Encadré 11.
Santé mentale et conflits : « [la violence] a fini par faire partie de moi »

Un nombre croissant d'éléments attestent les effets sur la santé mentale des enfants des transformations de la structure, des normes et des rôles sociétaux pendant un conflit. Plusieurs études font état de changements du comportement sexuel, notamment la précocité accrue des rapports et le mariage d'enfants. Les enfants déplacés et séparés de leur famille sont davantage susceptibles d'être exploités, de se livrer à des pratiques sexuelles à risque et de contracter des maladies sexuellement transmissibles et présentent un risque accru de grossesse précoce¹⁰⁶. Les enfants soldats paient un tribut extrêmement lourd : dans plusieurs études, ils décrivent la façon dont ils ont été endoctrinés et les méthodes employées pour les contrôler, notamment la maltraitance physique et psychologique régulière, la torture et la normalisation de la violence¹⁰⁷.

Selon les termes d'un enfant : « [la violence] a fini par faire partie de moi »¹⁰⁸.

Les interactions de tous ces facteurs à tous les niveaux du modèle socio-écologique importent autant que l'influence à un niveau particulier de chacun d'entre eux pris isolément.

Encadré 12.
Santé mentale des enfants et violence au Zimbabwe

La première étude réalisée au Zimbabwe afin d'estimer les facteurs de risque de la violence émotionnelle et physique pendant l'enfance à la lumière de données représentatives au niveau national a mis en évidence des liens étroits entre mauvaise santé mentale et comportements néfastes, conformément aux résultats d'études internationales sur la question. Chigiji et al. ont confirmé que les principaux facteurs de risque exposant les filles à des violences physiques étaient les suivants : le fait d'avoir enduré de la violence psychologique avant l'âge de 13 ans, la présence d'adultes malades à la maison, le statut socioéconomique et l'âge. Chez les garçons, les facteurs de risque sont notamment les relations avec les pairs et le statut socioéconomique, tandis que la présence de professeurs attentionnés et de personnes de confiance dans leur entourage compte parmi les facteurs de protection. S'agissant de la violence psychologique, les facteurs de risque varient, mais ils comprennent les relations familiales, des variables liées aux enseignants et à l'établissement scolaire, le statut socioéconomique ainsi que la confiance et la sécurité régnant au sein de la communauté¹⁰⁹.

Facteurs de protection

Les facteurs de protection peuvent être classés en trois grandes catégories : les facteurs liés à l'enfant, les facteurs familiaux et les facteurs extrafamiliaux.



[Photo 7 : Zainab [NOM MODIFIÉ], 16 ans, face à un mur éclairé par le soleil dans un centre de transit soutenu par l'UNICEF et destiné aux anciens enfants soldats récemment libérés en République centrafricaine. Souhaitant venger la mort de son fiancé, Zainab a rejoint un groupe armé mais, une fois recrutée, elle a subi des violences sexuelles de la part de soldats.

© UNICEF/UN1130546/Soko]

Les **facteurs liés à l'enfant** comprennent sa faculté d'adaptation, sa personnalité, son optimisme et sa manière de faire face à l'adversité, ainsi que la façon dont il comprend et évalue ce qui se passe autour de lui. Parmi les autres facteurs de protection recensés dans les études figurent l'estime de soi, le sentiment d'efficacité personnelle, l'attrait de la personnalité et de l'apparence aux yeux des autres, les talents personnels, l'appartenance religieuse, une bonne situation socioéconomique, des perspectives scolaires et professionnelles prometteuses et le contact avec des personnes et des environnements propices au développement¹¹⁰, qui sont autant de portes ouvertes sur l'avenir, d'appuis et de motifs de confiance trouvant leur source dans une enfance sans danger et épanouissante.

Encadré 13. Stratégies d'adaptation des enfants face à la violence

Des études soulignent le rôle capital des stratégies d'adaptation des enfants par la régulation émotionnelle, définie par de nombreux chercheurs comme la capacité à amplifier ou à diminuer ses émotions selon le besoin, pour se préserver des troubles mentaux face à de multiples formes de violence. Les enfants estimant pouvoir faire face à la violence sur le plan émotionnel rapportent moins de symptômes de troubles psychiques. Qu'elles s'inscrivent dans une démarche préventive ou curative, les stratégies d'adaptation des enfants pourraient donc amortir les effets les plus néfastes de l'exposition à certaines formes de violence¹¹¹.

La résilience est un aspect clé susceptible de déterminer quels enfants, parmi ceux qui sont exposés à la violence, seront moins susceptibles d'en subir les effets délétères¹¹². Elle désigne la capacité d'un individu à trouver les ressources lui permettant d'améliorer et de préserver durablement sa santé et son bien-être. Il s'agit en partie d'un trait personnel, mais également d'un processus façonné par la culture et le contexte. Les études menées sur des nourrissons, de jeunes enfants et des jeunes résilients face à la violence de proximité mettent invariablement en lumière un petit nombre de facteurs de protection essentiels au développement, notamment la présence d'un adulte attentionné, l'accès à un « sanctuaire » au sein de sa communauté et les ressources intérieures de l'enfant. Les données disponibles suggèrent en outre qu'il est possible de réduire voire de prévenir les effets des facteurs de risque environnementaux sur les enfants et les jeunes en les aidant à renforcer leur propre résilience¹¹³.

Les **facteurs familiaux** comprennent la solidité et la nature des relations de l'enfant avec ses parents, ses frères et sœurs et le reste de sa famille. La ressource la plus importante pour protéger un enfant exposé à la violence et l'aider à affronter cette épreuve est une relation étroite avec un adulte compétent, attentionné et positif, le plus souvent un parent. Un enfant dont sa mère, son père ou un autre adulte important s'occupe bien de lui est à même de poursuivre son développement cognitif et social en dépit de l'adversité.

L'éducation de la mère constitue un facteur de protection pouvant contribuer de manière déterminante à atténuer les risques associés aux difficultés intra- et extrafamiliales¹¹⁴. Ainsi, dans les pays à revenu élevé, le faible niveau d'éducation de la mère est associé à un risque accru de problèmes cognitifs, comportementaux et émotionnels pendant l'enfance¹¹⁵. À l'inverse, une mère de milieu modeste ayant fait des études supérieures est plus à même d'avoir des échanges de qualité avec son ou ses enfants, de posséder des connaissances sur le développement infantile et d'assurer une stimulation de meilleure qualité dans un domicile probablement mieux pourvu en livres. L'intégration de la stimulation de l'enfant dans les interventions en matière de santé et de nutrition peut également avoir un effet protecteur, notamment dans les contextes humanitaires.

Les **facteurs extrafamiliaux** sont notamment les relations positives et le soutien social de la part de pairs ou d'adultes tels que les enseignants et les leaders communautaires. Il est prouvé qu'un climat scolaire positif peut préserver l'enfant de problèmes de santé mentale et de la victimisation par ses pairs, même dans les endroits où le niveau de violence de proximité est élevé. En règle générale, les plus gros problèmes de développement sont observés chez les élèves faisant face à un niveau élevé de violence de proximité conjugué à un climat scolaire négatif¹¹⁶. Les pratiques culturelles, les normes sociales et les cadres juridiques protégeant contre la discrimination sont également essentiels.

INFORMATIONS CLÉS

- Pour prévenir et combattre efficacement la violence pendant l'enfance et ses effets sur la santé mentale, il convient avant tout de déterminer les facteurs de risque pour les enfants et les facteurs susceptibles au contraire de les protéger.
- Il existe des facteurs de risque à tous les niveaux (individu, famille et relations, collectivité et société).
- Les interactions entre les facteurs de risque à ces différents niveaux importent autant que l'influence d'un facteur quelconque à un niveau particulier.
- Les facteurs de protection peuvent être classés en trois grandes catégories : les facteurs liés à l'enfant, les facteurs familiaux et les facteurs extrafamiliaux.



[Photo 8 : Autoportrait souriant d'un enfant, réalisé dans le cadre d'une séance d'art-thérapie au Beautiful Gate, centre pour enfants maltraités et abandonnés situé dans le quartier de Lower Crossroads, au Cap.

© UNICEF/UNI45429/Pirozzi]

5. Ce qui marche : mesures éprouvées de prévention et d'intervention

« Les victimes ne veulent pas que leur expérience soit ce qui les définit pour le restant de leurs jours. Pourquoi notre système fait-il que j'ai honte du mal qu'on m'a fait ? Pourquoi est-ce nous qui avons honte de montrer notre visage ? Je ne laisserai pas mon agresseur écrire mon histoire. »

Sophie, rescapée et défenseuse des enfants, Kenya¹¹⁷

Les données, les études et autres informations probantes sur les interventions visant à prévenir et à combattre la violence contre les enfants n'ont jamais été aussi nombreuses¹¹⁸. Dans son Plan d'action pour la santé mentale 2013-2020¹¹⁹, l'OMS a noté qu'il existait des **données de plus en plus nombreuses sur l'efficacité et la rentabilité des interventions** visant à promouvoir la santé mentale des enfants et à prévenir et à traiter les troubles mentaux. Cette organisation a elle-même mis en place des initiatives destinées à renforcer les systèmes de soins de santé mentale et les interventions psychosociales à des fins de promotion, de prévention et de prise en charge des enfants et des adolescents¹²⁰.

La Commission Lancet sur la santé mentale mondiale et le développement durable a en outre défini une série d'interventions nécessaires pour prévenir les maladies mentales ainsi que les troubles liés à l'usage de substances psychoactives et fournir un traitement et des soins afin d'assurer un meilleur rétablissement¹²¹. Elle a mis en avant des **interventions innovantes susceptibles d'être menées à plus grande échelle**, qui pourraient être réalisées dans le cadre de soins de santé de routine ou d'autres plateformes existantes.

Les interventions préventives axées sur **la santé mentale de la mère, l'interaction mère-enfant, le jeu et la stimulation** sont bénéfiques à long terme pour l'enfant comme pour sa mère. Les interventions dont l'objectif est d'encourager le démarrage précoce de l'allaitement maternel ainsi que le contact physique étroit avec la mère et d'augmenter la réactivité maternelle sont particulièrement importantes car elles permettent de renforcer le lien d'attachement et de réduire le risque de maltraitance. En outre, **les interventions axées sur l'éducation parentale et les interventions multidimensionnelles** alliant **soutien familial, éducation préscolaire, acquisition de compétences parentales et garde d'enfants**, s'avèrent prometteuses pour empêcher la maltraitance des enfants et réduire les problèmes de santé mentale

chez les enfants exposés à l'adversité et ceux qui sont touchés par un conflit armé¹²².

Une méta-analyse de 193 études réalisée en 2018 par Patel et al. pour la Commission Lancet a mis en évidence les liens étroits existant entre la **dépression maternelle** et la présence accrue de troubles mentaux intériorisés et extériorisés chez l'enfant. De même, il est clairement établi que les interventions visant à aider les mères atteintes de troubles mentaux contribuent à réduire les problèmes d'intériorisation et d'extériorisation chez leurs enfants, et à prévenir l'apparition de problèmes de santé mentale au cours de l'enfance. Les **programmes de visite à domicile** pour les jeunes mères et leur bébé sont particulièrement utiles quand ils prévoient la détection et le traitement de la dépression maternelle ainsi que la mise en place d'**interventions psychosociales** dans le cadre des services de soins prénatals et postnatals de routine¹²³.

Il est primordial d'investir dans des interventions axées sur l'éducation parentale et le bien-être des enfants pour **rompre les cycles toxiques de transmission intergénérationnelle de la violence, de la pauvreté et des maladies mentales**. Les interventions menées auprès des parents visent à modifier la manière dont ils élèvent leur enfant quand celui-ci risque d'en pâtir, notamment en préconisant une discipline non violente ou en sensibilisant les parents aux effets potentiels de la violence sur le développement de leur enfant. Selon l'American Psychological Association, un large éventail de programmes de prévention axés sur la famille ont été testés et ont eu un réel impact, plusieurs d'entre eux présentant en outre un bon rapport coût-efficacité¹²⁴. Aux États-Unis par exemple, le programme de visites à domicile baptisé « Nurse Family Partnership » a permis d'économiser entre 3 et 6 dollars pour chaque dollar investi¹²⁵.

La Commission Lancet a observé que les interventions réalisées auprès de jeunes enfants en retard de croissance, consistant notamment à assurer une stimulation psychosociale et à aider les parents à élever leur enfant, permettaient aux bénéficiaires d'améliorer sensiblement leur fonctionnement à l'âge adulte et leur parcours ultérieur sur le marché de l'emploi. En milieu scolaire, les formations permettant d'acquérir des compétences nécessaires dans la vie courante, axées sur le développement de compétences sociales et émotionnelles, la résolution de problèmes et les

moyens de faire face à l'adversité, sont considérées comme une pratique exemplaire pour renforcer les compétences émotionnelles et sociales chez les enfants de tous les âges¹²⁶.

S'agissant du traitement, de la prise en charge et de la réadaptation des enfants issus de milieux modestes qui souffrent de problèmes de santé mentale, un ensemble d'interventions de base au profit des enfants pourrait inclure des programmes de formation au rôle de parent, lesquels se sont révélés efficaces pour les enfants ayant des problèmes de développement et des troubles comportementaux et émotionnels¹²⁷.

Le modèle de réadaptation à base communautaire, par exemple, est une approche fondée sur les droits qui s'appuie sur les forces inhérentes à la communauté et fait participer les personnes handicapées, les

membres de la famille et les bénévoles. Il importe que les professionnels de la santé locaux soutiennent les stratégies de ce type afin qu'elles puissent être intégrées aux services généraux dans la mesure du possible. Ces approches devraient également être adaptées aux ressources et besoins locaux particuliers.

Les données sur les programmes de réadaptation à base communautaire destinés aux enfants présentant des retards et troubles du développement mettent en évidence à la fois leur acceptation par les populations locales et leurs avantages¹²⁸. Des éléments tangibles plaident également en faveur des groupes d'entraide pour les parents comme pour les enfants et des services de répit dans le cas d'enfants présentant un handicap psychosocial¹²⁹.

Encadré 14.

Waves for Change (W4C) – Afrique du Sud

« Waves for Change m'a appris à être indépendant et à envisager l'avenir avec espoir. Si je tombe, je sais que je peux me relever. La vie est pleine d'épreuves, mais je ne baisserai pas les bras. »

Un participant au programme W4C

Waves for Change (W4C) Surf Therapy fournit des services de santé mentale aux jeunes vulnérables vivant dans des communautés instables au Cap (Afrique du Sud). Les jeunes orientés vers ce programme ont vécu pendant leur enfance un certain nombre d'expériences traumatisantes ayant gravement altéré leur santé mentale :

- 37 % d'entre eux ont vu quelqu'un se faire tirer dessus, poignarder ou attaquer ;
- 35 % ont vu mourir un membre de leur foyer ;
- 28 % souffrent souvent de la faim et n'ont rien à manger chez eux ;
- 21 % ont été agressés physiquement par un adulte.

Le programme W4C allie thérapie mentale et corporelle fondée sur l'observation des faits à la pratique du surf afin de remédier à des problèmes de santé mentale et physique. Il est mis en œuvre par des entraîneurs issus de la communauté et formés pour venir en aide aux jeunes à travers la pratique du surf, à laquelle se prête l'environnement local.

Ces jeunes sont envoyés à l'organisation par leur école, les services sociaux ou des organismes publics. Ils participent au programme pendant 12 mois et suivent des séances hebdomadaires de surf thérapeutique, au cours desquelles ils tissent des liens avec leur mentor et d'autres personnes.

Au terme des 12 mois, la plupart des participants montrent une meilleure capacité à réguler leurs émotions et sont plus optimistes. Enseignants et parents ont constaté que les participants étaient plus calmes, participaient davantage à l'école et résistaient mieux au stress.

Le programme W4C est désormais déployé sur cinq sites en Afrique du Sud et un nouveau programme a en outre été mis sur pied au Libéria¹³⁰.

« Avant, je devenais très agressive quand les autres enfants m'embêtaient, mais le conseiller du village m'a beaucoup aidée. Maintenant, j'arrive à faire face à différentes situations et personnes. »

Fille d'un village d'enfants SOS³¹

La fin de l'enfance et l'adolescence offrent davantage de possibilités d'atténuer les effets des désavantages précoces, de **renforcer la résilience** et de réduire les conséquences néfastes des conditions qui commencent à s'installer à cette période de la vie. Les interventions destinées à renforcer les compétences sociales et émotionnelles, visant souvent à améliorer la régulation des émotions par l'acquisition de compétences psychosociales, la méditation en pleine conscience ou même le yoga, peuvent avoir des effets préventifs³². Parallèlement, les parents et d'autres membres de la famille, les pairs, l'école et la communauté peuvent former un cercle restreint essentiel pour protéger l'adolescent. Les interventions axées notamment sur le mentorat positif et la recherche de moyens de subsistance peuvent également s'avérer bénéfiques.

L'initiative « Helping Adolescents Thrive » de l'OMS et de l'UNICEF a pour objectif de fournir des orientations concernant la mise en œuvre de stratégies axées sur la communauté, les familles et les adolescents pour la promotion de la santé mentale, la prévention des troubles mentaux ainsi que la réduction des comportements autodestructeurs et des autres comportements à risque chez les adolescents³³.

Les interventions fondées sur **l'apprentissage socio-affectif universel** (ASA) au sein de la collectivité et des écoles favorisent le fonctionnement social et émotionnel des enfants, améliorent leurs résultats scolaires et réduisent leurs comportements à risque, notamment le tabagisme et les grossesses précoces. Elles peuvent être menées par des pairs, des enseignants ou des conseillers, qui intègrent ces activités aux programmes pour les jeunes ou aux programmes scolaires (programme HealthWise en Afrique du Sud par exemple)³⁴.

Les interventions les plus efficaces reposent sur une **approche globale de l'école**, l'apprentissage socio-affectif s'appuyant sur une éthique scolaire et des environnements physiques et sociaux qui favorisent une bonne santé mentale et mobilisent le personnel, les élèves, les parents et la population locale. Elles permettent d'agir directement en favorisant le sentiment d'efficacité personnelle et de confiance et en réduisant les risques de brimades notamment. Les analyses économiques montrent que les interventions fondées sur l'ASE dans les écoles présentent un bon rapport coût-efficacité et permettent de réaliser des

économies en améliorant la santé des bénéficiaires et en réduisant les dépenses de justice pénale³⁵.

« La professeure nous a montré une feuille de papier en nous disant qu'on pouvait la gribouiller, la piétiner et la chiffonner, mais pas la déchirer. Ensuite, elle nous a demandé d'essayer de l'aplanir à nouveau, mais c'était impossible de faire disparaître tous les plis. Puis elle a dit que c'était ce que les auteurs de brimades faisaient à leur victime. »

Un garçon de 11 ans, Norvège³⁶

La lutte contre le suicide chez les adolescents est primordiale, les pensées suicidaires et le suicide étant des préoccupations de santé publique majeures parmi cette population. Les stratégies de prévention comprennent les formations qualifiantes dispensées au niveau local et en milieu scolaire, l'identification des jeunes à risque, la sensibilisation des médecins de soins primaires, la formation des professionnels des médias à une couverture responsable de la question du suicide et la limitation de l'accès aux moyens de suicide tels que les armes à feu, les pesticides et les médicaments.

Un exemple d'intervention efficace en milieu scolaire est le programme Youth Aware of Mental Health (YAM), qui consiste à développer la capacité des adolescents à résoudre les problèmes et à faire face à l'adversité³⁷. Le programme « Going Off, Growing Strong » au Canada est un exemple d'intervention efficace ancrée localement. Il donne aux jeunes à risque la possibilité de participer à des activités de proximité liées à l'exploitation des ressources naturelles et de nouer des relations avec des adultes faisant figure de modèles à Nain, dans le Nunatsiavut (Terre-Neuve-et-Labrador).

Les interventions préventives ciblées visent en particulier les jeunes ayant vécu des expériences qui les rendent davantage sujets à des problèmes de santé mentale ou qui présentent des symptômes faisant craindre la survenue imminente de troubles mentaux. Les interventions ayant pour objectif d'aider les adolescents à s'adapter et à renforcer leur résilience, notamment l'acquisition de compétences cognitives, contribuent à prévenir l'anxiété, la dépression et le suicide³⁸.

L'OMS a publié des **directives sur la prise en charge clinique** des enfants et des adolescents victimes de violences sexuelles, ainsi que des directives plus générales sur l'action menée par le secteur de la santé face à la maltraitance infantile. Ces directives visent à aider les soignants en première ligne à prodiguer des soins de bonne qualité fondés sur des données probantes, en tenant compte des traumatismes. Elles portent sur les interventions psychologiques et relatives à la santé mentale, y compris la thérapie cognitivo-comportementale (TCC), l'accent étant mis



[Photo 9 : Une adolescente serre un ours en peluche dans ses bras au centre Ignacia, à Santa Cruz (Bolivie). Cet établissement offre un refuge et d'autres formes de soutien (conseils et éducation notamment) aux victimes de violences sexuelles.

© UNICEF/UNI137672/Friedman-Rudovsky]

sur les traumatismes et la participation des personnes qui s'occupent de l'enfant, à condition que celle-ci ne présente aucun risque et qu'aucune maltraitance n'ait été constatée¹³⁹.

Encadré 15.

Exemple de thérapie cognitivo-comportementale axée sur le trauma

La thérapie cognitivo-comportementale axée sur le trauma est un modèle de traitement structuré de courte durée qui s'avère efficace à de nombreux égards chez les enfants traumatisés et les parents ou les personnes qui s'occupent d'eux présentant des troubles post-traumatiques et d'autres difficultés liées à des événements traumatisants de leur vie. Le traitement consiste généralement en 8 à 16 séances de 60 à 90 minutes chacune, avec les enfants ou les personnes qui s'occupent d'eux sans maltraitance (parfois les deux en même temps), individuellement ou en groupe.

Les enfants acquièrent des capacités d'adaptation afin de gérer leur réaction émotionnelle aux souvenirs traumatisants. Cette méthode peut également aider les parents à affronter le traumatisme tel qu'il est vécu par leur enfant.

La thérapie cognitivo-comportementale axée sur le trauma est aujourd'hui largement employée et ses effets ont fait l'objet de nombreuses évaluations. Des données probantes attestent son efficacité dans les milieux aisés et modestes et dans des cas multiples, variés et complexes de traumatisme.

Ce modèle a par exemple été utilisé lors d'interventions auprès d'individus et de leur famille en Zambie et de groupes de garçons et de filles au Congo, ainsi que dans le cadre de structures de services ou de programmes existants auprès de groupes touchés par un deuil traumatique au Kenya. Il est actuellement mis en œuvre au Kenya, en Tanzanie et en Zambie. Un programme de thérapie cognitivo-comportementale axée sur le trauma a en outre été intégré aux activités des refuges pour les jeunes victimes de traite et d'exploitation sexuelle au Cambodge¹⁴⁰.

L'OMS a également élaboré le *Guide d'intervention mhGAP pour la prise en charge des troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives dans les structures de soins non spécialisées*¹⁴¹, qui présente une prise en charge intégrée des troubles prioritaires au moyen de protocoles de prise de décision clinique destinés aux prestataires de soins non spécialisés. Ce document comprend un module sur les enfants et les adolescents, qui privilégie des approches écologiques et psychosociales des soins.

Le document de l'OMS intitulé « *Les premiers secours psychologiques : Guide pour les acteurs de terrain* » contient des orientations sur les compétences permettant aux personnes intervenant auprès d'enfants de réduire la détresse initiale provoquée par les accidents, les catastrophes naturelles, les conflits, la violence interpersonnelle et d'autres crises¹⁴². Parmi les autres ressources importantes figurent le document intitulé « *Formation en Premiers Secours Psychologiques : Manuel à l'intention des professionnels travaillant avec des enfants* », élaboré par l'organisation Save the Children, et le *Programme de renforcement de la résilience des jeunes*, mis au point par Save the Children et le Centre de référence pour le soutien psychosocial de la Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge¹⁴³.

Les *directives du Comité permanent interorganisations (CPI) concernant la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence*¹⁴⁴ ont vocation à renforcer la résilience des populations, à éviter la médicalisation de la détresse et à promouvoir activement le recours aux services. Elles visent en outre à recenser de manière proactive les cas et les renvois vers des services appropriés, et à intégrer la santé mentale aux activités médicales et à l'aide sociale d'urgence. Il est essentiel que les membres des communautés locales et les autorités jouent un

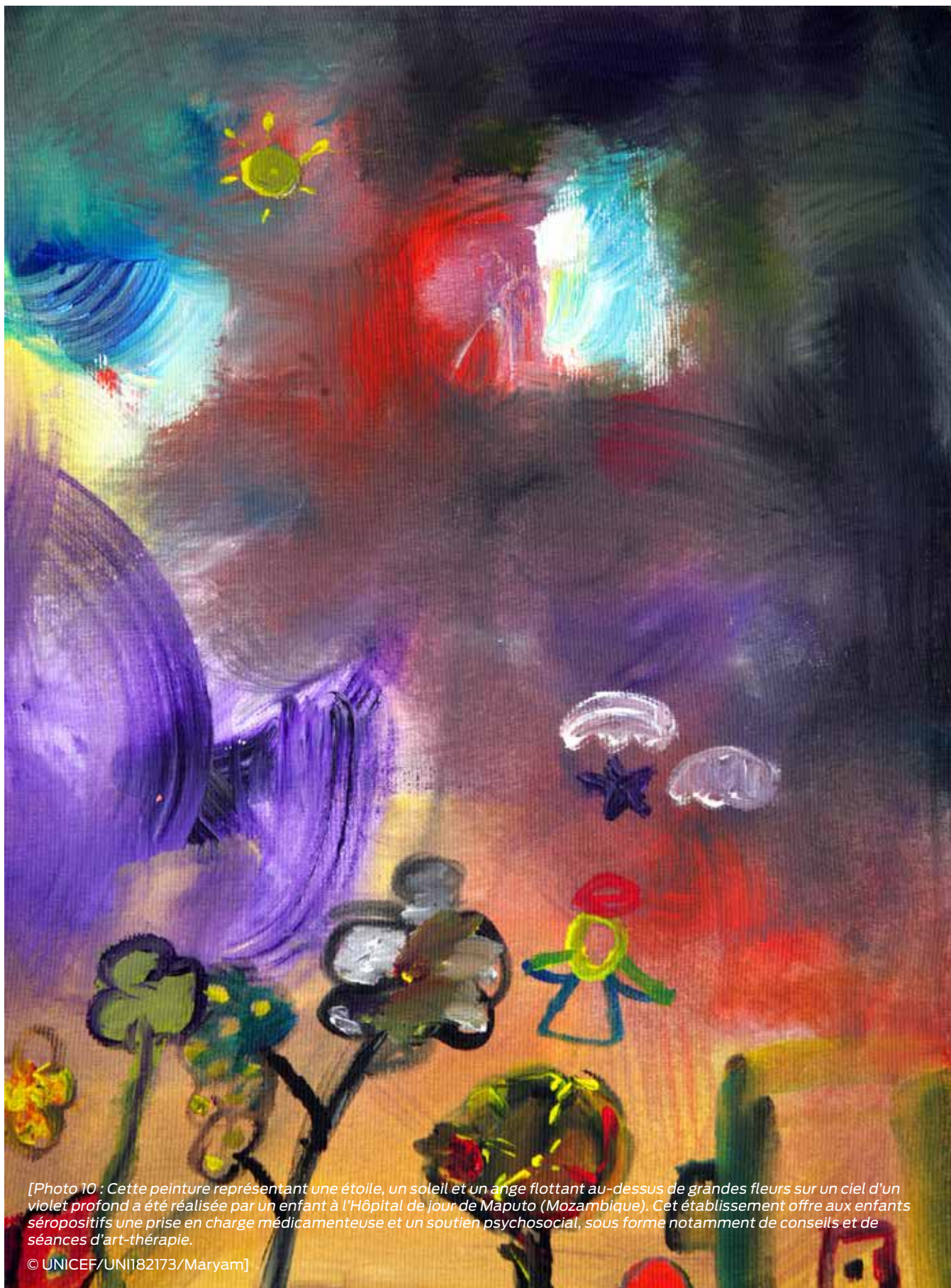
rôle actif à chaque étape afin d'assurer une action coordonnée réussie et de renforcer les capacités locales et la pérennité des activités menées. En mentant des actions et des interventions coordonnées, il devrait être possible de jeter les bases d'un système de soins de santé mentale durable¹⁴⁵. Le CPI a également élaboré des directives opérationnelles concernant les programmes multisectoriels de santé mentale et de soutien psychosocial pendant la pandémie de COVID-19, qui comprennent un chapitre spécialement consacré aux enfants¹⁴⁶.

Les directives opérationnelles de l'UNICEF concernant les services de santé mentale et le soutien psychosocial au niveau local dans les contextes humanitaires

(Operational guidelines on community-based mental health and psychosocial support in humanitarian settings) contiennent des orientations sur les diverses formes d'aide nécessaires aux enfants, des services de base au soutien familial et communautaire en passant par les soins cliniques de santé mentale¹⁴⁷. De plus, l'UNICEF et l'OMS définissent actuellement, en précisant leurs coûts, un ensemble de services minimum de santé mentale et de soutien psychosocial à assurer dans les nouvelles situations d'urgence et dans le cadre de conflits prolongés toujours en cours. Cette panoplie de services comprendra des prestations de santé, d'éducation et de protection et contribuera à créer un filet de sécurité pour les enfants dans ces domaines essentiels.

INFORMATIONS CLÉS

- Il existe de plus en plus de données sur l'efficacité et la rentabilité des interventions visant à promouvoir la santé mentale et à prévenir les troubles mentaux chez les enfants et les adolescents, notamment ceux qui ont subi des violences.
- Les interventions préventives axées sur la santé mentale de la mère, l'interaction mère-enfant, le jeu et la stimulation sont bénéfiques à long terme pour les enfants et les jeunes.
- Les interventions axées sur la manière d'élever ses enfants et sur leur bien-être constituent des investissements essentiels pour rompre les cycles toxiques de transmission intergénérationnelle de la violence, de la pauvreté et des maladies mentales.
- Les données sur les programmes de réadaptation à base communautaire montrent qu'ils sont acceptés localement et bénéfiques pour les enfants souffrant de troubles du développement.
- La formation aux compétences de la vie courante dans les écoles est un exemple de pratique exemplaire visant à développer les compétences émotionnelles et sociales des enfants de tous les âges.
- Les interventions d'apprentissage socio-affectif en milieu scolaire permettent de réaliser des économies substantielles grâce à des améliorations sur le plan de la santé et à une diminution des dépenses de justice pénale.
- Les stratégies de prévention du suicide les plus prometteuses chez les adolescents sont notamment les formations qualifiantes, la sensibilisation des médecins de soins primaires, la couverture médiatique responsable de la question du suicide et la limitation de l'accès aux moyens de suicide.
- L'OMS a publié des directives cliniques visant à aider les agents de santé et les professionnels de la santé mentale en première ligne à dispenser aux enfants victimes de violences des soins de qualité fondés sur des éléments probants et tenant compte des traumatismes, et à fournir des soins de santé mentale et un accompagnement psychosocial aux enfants présentant des retards de développement et des problèmes émotionnels et comportementaux.
- L'efficacité de certaines interventions cliniques auprès des enfants atteints de troubles mentaux dans les situations d'urgence est attestée par un nombre croissant de données tangibles.



6. Créer avec les enfants un environnement protecteur et stimulant en leur donnant davantage de moyens

La lutte contre les effets de la violence sur la santé mentale des enfants qui en sont victimes doit être **guidée par les textes normatifs internationaux sur les droits humains**, tels que la Convention relative aux droits de l'enfant et la Convention relative aux droits des personnes handicapées. Elle doit également aller dans le sens du Programme de développement durable à l'horizon 2030 et s'inscrire dans le cadre d'une approche moderne de la santé publique, dont l'un des principes cardinaux est qu'une bonne santé mentale va bien au-delà de l'absence de maladie mentale.

La défense du droit des enfants victimes de violence à bénéficier du meilleur état de santé mentale possible nécessite une **action globale et coordonnée** reposant sur un cadre juridique et stratégique solide. Le soutien en matière de santé mentale doit faire partie des services de protection de base destinés aux enfants et devrait être mis en place selon une approche multisectorielle fondée sur les droits de l'enfant, qui tienne compte des risques auxquels les enfants font face à tous les niveaux et garantisse des soins de santé mentale de bonne qualité à toutes les personnes qui en ont besoin. Des cadres importants existent déjà pour guider l'action publique dans ce domaine, parmi lesquels le Plan d'action de l'OMS pour la santé mentale 2013-2020¹⁴⁸ et la Commission Lancet sur la santé mentale mondiale et le développement durable¹⁴⁹.

Afin de créer un environnement protecteur et stimulant qui donne aux enfants davantage de moyens, il faut commencer par **protéger et promouvoir le bien-être mental de toutes et tous** et agir sur les déterminants socioéconomiques de la santé mentale. Il s'agit d'une étape essentielle pour créer les conditions qui permettront aux enfants de se développer, de s'épanouir et de réaliser leur potentiel.

On ne saurait y parvenir sans tenir compte des facteurs sociaux et environnementaux qui déterminent la santé mentale aux moments les plus décisifs de la vie pour le développement de l'enfant, en s'employant à réduire les risques à tous les niveaux du modèle socio-écologique. Bon nombre des objectifs de développement durable ont trait à ces facteurs en particulier, et les progrès accomplis dans leur réalisation peuvent concourir à améliorer la santé mentale et à réduire le fardeau mondial que représentent les troubles mentaux.

La prévention nécessite d'allier action globale et interventions ciblées, en mettant particulièrement l'accent sur les besoins des groupes vulnérables. Il s'agit notamment de lutter contre la stigmatisation, la discrimination, les normes sociales pernicieuses et les violations des droits humains qui mettent à mal la santé mentale des enfants. Les efforts de prévention doivent en outre répondre aux menaces croissantes que les défis mondiaux tels que les changements climatiques, le creusement des inégalités et les épidémies font peser sur la santé mentale.

Les services de santé mentale destinés aux enfants doivent être renforcés en tant que **composante essentielle de la couverture sanitaire universelle** et pleinement intégrés aux autres stratégies de santé et de prévention de la violence. Il importe d'assurer localement des services de qualité en évitant autant que possible le placement en institution et la médicalisation. Mieux vaut en outre se garder de créer des services de santé mentale réservés uniquement aux victimes de violence, ce qui peut être stigmatisant.

Des services complets de santé et d'aide sociale de proximité doivent être mis au point pour garantir la continuité des soins entre les prestataires, une collaboration efficace entre les prestataires de soins formels et informels et la promotion de l'auto-prise en charge. La détection précoce des troubles mentaux chez les enfants et la rapidité des interventions le cas échéant sont également cruciales.

Donner aux enfants les moyens de participer aux décisions touchant leur prise en charge, comme le prévoit la Convention relative aux droits de l'enfant, constitue un objectif fondamental de toute approche de la santé mentale fondée sur les droits humains. De nombreux jeunes jouent déjà un rôle de premier plan dans la promotion de leur santé mentale et de leur bien-être, notamment dans le cadre d'initiatives entre pairs¹⁵⁰. Ils prennent largement part à l'élaboration de programmes sur la santé mentale, en ligne et hors ligne. Pourtant, leurs voix sont rarement entendues. L'avis et les expériences des enfants aux prises avec des problèmes de santé mentale ou des handicaps psychosociaux doivent dicter la conception, l'exécution et l'évaluation des interventions.

« J'ai dû choisir entre acceptation et destruction. J'ai pris conscience que ne pas accepter pas mon passé me détruirait. J'ai eu du mal à me défaire de ma douleur, mais je savais que c'était la meilleure chose à faire. »

« Lee », survivant et policier, Thaïlande¹⁵¹

Il est indispensable que des personnels de santé et des services sociaux **compétents, sensibles et dûment qualifiés** soient disponibles en nombre suffisant et que leurs effectifs soient équitablement répartis. Il importe tout autant de renforcer les connaissances et les compétences des professionnels spécialisés ou non

Encadré 16.

Point de vue des enfants et des jeunes sur les mesures à prendre pour promouvoir et protéger leur santé mentale

Le Réseau européen des jeunes conseillers (European Network of Young Advisors, ENYA), chargé de conseiller le Réseau européen des médiateurs des enfants, a mené en 2018 un projet sur la manière dont il convient de promouvoir et de protéger la santé mentale des enfants en général. À l'issue de ce projet, des recommandations ont été adressées aux secteurs de l'éducation et de la santé, aux pouvoirs publics, aux collectivités et aux médias¹⁵².

Sensibilisation

- Former davantage les enseignants afin d'améliorer la prévention et la détection des problèmes de santé mentale chez les enfants ;
- Mieux sensibiliser les enfants à leurs droits, à la santé mentale et à la diversité ;
- Organiser plus de discussions à l'école sur la santé mentale pour contribuer à réduire la stigmatisation et la discrimination ;
- Créer des espaces sûrs où les enfants peuvent demander de l'aide sans craindre d'être jugés ;
- Donner autant d'importance au développement émotionnel des élèves qu'à leur réussite scolaire.

Santé

- Organiser davantage de campagnes de sensibilisation, notamment des initiatives entre pairs, afin de réduire la stigmatisation et d'inciter les jeunes à demander de l'aide ;
- Diffuser des messages plus positifs et mettre l'accent sur les moyens concrets d'améliorer sa santé mentale, comme une alimentation saine, la pratique régulière d'une activité physique et le fait de pouvoir compter sur le soutien d'un réseau de personnes de confiance ;
- Permettre aux enfants de solliciter une aide professionnelle sans l'assentiment de leurs parents : l'âge du consentement médical devrait être abaissé à 16 ans ou moins ;
- Raccourcir les listes d'attente dans les services de santé mentale pour enfants, et veiller à ce que leur prise en charge soit assurée par un personnel dûment formé aux questions relatives à l'enfance ;

- Permettre aux enfants d'accéder autant que possible aux services de proximité ;
- Rendre accessibles jour et nuit, sept jours sur sept, les services d'assistance téléphonique fournissant informations et soutien aux enfants ;
- Aller au-delà de la prise en charge médicamenteuse des enfants et des adolescents en s'employant à promouvoir des relations familiales positives, à résoudre les conflits, à instiller la confiance et à réduire l'agressivité.

Médias

- Sensibiliser le public aux questions de santé mentale de manière à protéger de la stigmatisation les personnes ayant des problèmes de santé mentale ;
- Utiliser des plateformes et diffuser un contenu auxquels les enfants ont accès et qu'ils consultent souvent.

Pouvoirs publics

Sensibiliser les parents aux droits et au développement de l'enfant et aux signes de détresse chez leurs enfants ;

Organiser pour les enfants et les parents des ateliers visant à favoriser des relations saines ;

Fournir discrètement une aide financière aux familles qui en ont besoin ;

Assurer des services efficaces aux enfants ayant un handicap ou des problèmes de santé afin qu'ils puissent demander de l'aide quand ils en ont besoin, tout en mettant à leur disposition des installations adaptées (rampes par exemple) leur permettant de participer pleinement à toutes les activités ;

Veiller à ce qu'aucune loi ne soit discriminatoire à l'égard des personnes atteintes de troubles mentaux.

Communauté

Créer, au sein de la communauté, des espaces où enfants et adultes puissent échanger sur toute question les concernant ;

Offrir aux enfants la possibilité de participer gratuitement à des activités sportives et culturelles pendant leur temps libre.

de la santé et des services sociaux, afin qu'ils assurent des prestations de santé mentale et de protection et des services psychosociaux fondés sur des données probantes, culturellement adaptés et axés sur les droits humains. Les acteurs de l'éducation, de la santé et de la protection de l'enfance doivent en outre resserrer leurs liens afin, notamment, de garantir une orientation appropriée des enfants entre ces trois secteurs.

Des **investissements supplémentaires de taille** sont nécessaires pour promouvoir et protéger la santé mentale des enfants. Ce besoin est d'autant plus impérieux face au lourd bilan mondial de la pandémie de COVID-19 et à ses effets incontestables sur la santé mentale des parents et des enfants (*voir encadré 3*). Dans ce contexte, il est vital de renforcer les systèmes de santé, notamment les services de santé mentale destinés aux enfants et aux adolescents et, plus largement, les systèmes de protection de l'enfance.

Toutefois, on peut dès à présent optimiser l'utilisation des ressources déjà disponibles, en prenant notamment les mesures suivantes :

- Réaffecter les budgets de santé mentale alloués aux grands hôpitaux vers les hôpitaux de district et les services de proximité ;
- Mettre en place des interventions précoces ciblant l'apparition de troubles mentaux chez les enfants et les jeunes ;
- Créer des structures psychiatriques intermédiaires pour les enfants et les adolescents (« maisons des adolescents » par exemple) afin de réduire les hospitalisations et la stigmatisation et d'améliorer l'accès à des soins centrés sur l'enfant et adaptés à l'adolescent ;
- Intégrer la promotion de la santé mentale, la prévention et la prise en charge aux plateformes destinées à assurer la santé et le bien-être des enfants et des jeunes, notamment dans les établissements scolaires et sur les plateformes numériques¹⁵³ ;
- Soutenir la formation des enseignants à l'apprentissage socio-affectif.

En attendant, **il faut investir davantage dans la recherche et l'innovation**. La plupart des travaux de recherche étant actuellement effectués dans et par les pays à revenu élevé, il est nécessaire de pallier ce déséquilibre, de sorte que les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire mettent en place des stratégies culturellement adaptées, économiques et performantes pour répondre aux besoins et aux priorités des enfants en matière de santé mentale, notamment ceux qui sont exposés à la violence. Pour œuvrer efficacement en faveur de la santé mentale des enfants, les informations ci-après sont essentielles :

- Prévalence et nature des problèmes de santé mentale des enfants ;
- Informations relatives aux politiques et à la législation, aux interventions et aux services ;
- Données sur les résultats en matière de santé ;
- Données sur les résultats socio-économiques ;
- Études réalisées à l'initiative d'enfants et de jeunes.

Ces données doivent être ventilées par sexe et par âge et illustrer les différents besoins des sous-populations, notamment les personnes issues de communautés géographiquement diverses et vulnérables.

Enfin, tandis que la communauté internationale se lance dans la **décennie d'action en faveur des objectifs de développement durable à l'horizon 2030**, des cadres de suivi et de responsabilité doivent être mis en place. Ces dispositifs doivent permettre que des mesures efficaces soient prises pour promouvoir la santé mentale de tous les enfants, prévenir les troubles mentaux chez ceux qui subissent des violences et garantir un traitement et des soins à tous les enfants qui en ont besoin.

INFORMATIONS CLÉS

- La Convention relative aux droits de l'enfant et le Programme de développement durable à l'horizon 2030 devraient guider la lutte contre les effets néfastes de la violence sur la santé mentale des enfants.
- Une bonne santé mentale va bien au-delà de l'absence de maladie mentale.
- Il est indispensable de créer les conditions permettant à tous les enfants de se développer, de s'épanouir et de réaliser leur potentiel.
- Protéger la santé mentale et physique des enfants suppose de mener une action globale et coordonnée selon une approche intersectorielle et multipartite.
- Il est essentiel de donner la priorité à la prévention des problèmes de santé mentale découlant de l'exposition à la violence et de lutter contre les risques à tous les niveaux du modèle socio-écologique, de l'enfant en tant qu'individu aux systèmes familiaux et communautaires en passant par les normes et politiques sociales.
- La prévention nécessite d'allier action globale et interventions ciblées, en mettant particulièrement l'accent sur les besoins des groupes vulnérables.
- Les services de santé mentale destinés aux enfants sont une composante essentielle de la couverture sanitaire universelle et doivent à ce titre être développés.
- Des services de qualité devraient être fournis localement, en évitant autant que possible le placement en institution et la médicalisation.
- La participation éthique et réelle des enfants, que permet notamment l'appui aux initiatives entre pairs, doit être au cœur de l'action menée dans ce domaine.
- Il est essentiel de disposer de professionnels de la santé compétents, y compris au niveau local, de travailleurs sociaux, de pédagogues qualifiés et de conseillers scolaires en nombre suffisant, et d'en répartir les effectifs à bon escient, afin d'assurer l'accès à des services de santé mentale et à des services psychosociaux protégeant et promouvant le bien-être des enfants.
- Les systèmes et les services de santé mentale destinés aux enfants et aux jeunes doivent faire l'objet d'investissements supplémentaires importants, de même que la recherche et l'innovation, et des mesures doivent être prises pour tirer le meilleur parti des investissements déjà consentis.
- De solides cadres de suivi et de responsabilité doivent être mis en place pour garantir une action efficace en faveur de la santé mentale des enfants victimes de violence.

NOTES

1. « Matthew: Not speaking was like an emotional cancer », Survivors' Voices, ECPAT International, Bangkok, 2016, <<https://www.ecpat.org/survivor-voices/matthews-story-survival-justice/>>.
2. Hillis, Susan D., James A. Mercy et Janet R. Saul, « The Enduring Impact of Violence against Children », *Psychology, Health & Medicine*, vol. 22, n° 4, 2017, p. 393-405.
3. Organisation mondiale de la Santé, « Principaux repères : Santé mentale des adolescents », OMS, Genève, 23 octobre 2019, <<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>>.
4. Organisation mondiale de la santé, « Renforcer notre action », OMS, Genève, 30 mars 2018, <<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>>.
5. Ibid.
6. Patel, Vikram *et al.*, « The Lancet Commission on Global Mental Health and Sustainable Development », *The Lancet*, vol. 392, n° 10157, octobre 2018, <<https://www.thelancet.com/commissions/global-mental-health>>.
7. Organisation mondiale de la Santé et Plateforme mondiale de santé mentale Gulbenkian. *Promoting rights and community living for children with psychosocial disabilities*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2015.
8. Fonds des Nations Unies pour l'enfance, « Violent Deaths », UNICEF, New York, novembre 2017, <<https://data.unicef.org/topic/child-protection/violence/violent-deaths>>.
9. Ligiero, Daniela *et al.*, *What Works to Prevent Sexual Violence against Children: Evidence review*, Together for Girls, Washington, 2019, <<https://www.togetherforgirls.org/svsolutions>>.
10. Alliance mondiale « WeProtect », *Global Threat Assessment 2019: Working together to end the sexual exploitation of children online, End Violence Against Children, New York, 2019*, <<https://static1.squarespace.com/static/5630f48de4b00a75476ecf0a/t/5deecb0fc4c5ef23016423cf/1575930642519/FINAL+-+Global+Threat+Assessment.pdf>>.
11. Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, Rapport mondial sur la traite des personnes 2018, ONUDC, Vienne, 2018 (publication des Nations Unies, no de vente E.19.IV.2), <https://www.unodc.org/e4j/data/_university_uni_/global_report_on_trafficking_in_persons_2018.html>.
12. Bureau de la Représentante spéciale du Secrétaire général chargée de la question de la violence contre les enfants, *Keeping the Promise: Ending violence against children by 2030*, Bureau de la Représentante spéciale, New York, 2019, <<https://violenceagainstchildren.un.org/news/keeping-promise-ending-violence-against-children-2030>>.
13. Jones, Lisa *et al.*, « Prevalence and risk of violence against children with disabilities: a systematic review and meta-analysis of observational studies », *Lancet*, 2012 ; 380:899-907.
14. Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture, *Au-delà des chiffres : en finir avec la violence et le harcèlement à l'école*, UNESCO, Paris, 2019, <<https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000368997>>.

34 Blessures cachées : les effets de la violence sur la santé mentale des enfants

15. Fonds des Nations Unies pour l'enfance, Un visage familial : La violence dans la vie des enfants et des adolescents, UNICEF, New York, 2017, <<https://data.unicef.org/resources/a-familiar-face>>.
16. Ibid.
17. Stoltenborgh, Marije *et al.*, « The Universality of Childhood Emotional Abuse: A meta-analysis of worldwide prevalence », *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma*, vol. 21, n° 8, 2012, p. 870 à 890.
18. Wincentak, Katherine, Noel Card et Jennifer Connolly, « Teen Dating Violence: A meta-analytic review of prevalence rates », *Psychology of Violence* vol. 7, n° 2, 2017, p. 224 à 241.
19. ChildFund Alliance, *Small Voices, Big Dreams 2019 : La violence contre les enfants expliquée par les propres enfants*, ChildFund Alliance, New York, 2019, <https://www.smallvoicesbigdreams.org/reports/Report_Small_Voices_Big_Dreams_2019.pdf>.
20. Leoschut, Lezanne et Zuhayr Kafaar, « The Frequency and Predictors of Poly-victimisation of South African Children and the Role of Schools in its Prevention », *Psychology, Health & Medicine*, vol. 22, n° 1, 2017, p. 81 à 93.
21. Bulger, Monica et Patrick Burton, « Online Violence in Schools: Cyberbullying and other adverse online experiences », cité dans Kumar, Shiva, A.K *et al.*, « Ending Violence in Childhood: A global imperative », *Psychology, Health & Medicine*, vol. 22, suppl. 1, 2017.
22. Kumar, Shiva, A.K *et al.*, « Ending Violence in Childhood: A global imperative », *Psychology, Health & Medicine*, vol. 22, suppl. 1, 2017.
23. Comité des droits de l'enfant des Nations Unies, Observation générale n° 13, « Le droit de l'enfant d'être protégé contre toutes les formes de violence », CRC/C/GC/13, Comité des droits de l'enfant, Genève, 18 avril 2011, <https://www2.ohchr.org/english/bodies/crc/docs/CRC.C.GC.13_fr.pdf>.
24. Organisation mondiale de la Santé, INSPIRE : Sept stratégies pour mettre fin à la violence à l'encontre des enfants, OMS, Genève, 2016, <https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/inspire/fr/>.
25. Fonds des Nations Unies pour l'enfance, UNICEF Action humanitaire pour les enfants en 2018 : Vue d'ensemble, UNICEF, New York, 2018, <https://www.unicef.org/publications/index_102492.html>.
26. OMS, *INSPIRE*.
27. End Violence against Children, « Leaders Call for Action to Protect Children from Violence and Abuse during COVID-19 », End Violence against Children, New York, 24 avril 2020, <<https://www.end-violence.org/articles/leaders-call-action-protect-children-violence-and-abuse-during-covid-19>>.
28. Cuevas-Parra, Patricio et Maria Stephano, *Children's Voices in Times of COVID-19: Continued child activism in the face of personal challenges*, World Vision International, Genève, 2020, <<https://www.wvi.org/publications/report/world-vision-european-union/childrens-voices-times-covid-19>>.
29. Meinck, Franzisca *et al.*, « Disclosure of Physical, Emotional and Sexual Child Abuse, Help-seeking and Access to Abuse Response Services in Three South African Provinces », *Psychology, Health & Medicine*, vol. 22, n° 1, 2017, p. 94 à 106.
30. Perezniето, Paola *et al.*, *The Costs and Economic Impact of Violence against Children*, Overseas Development Institute and ChildFund Alliance, Londres, 2014, <<https://www.odi.org/publications/8845-costs-and-economic-impact-violence-against-children>>.

31. Peterson, Cora, Curtis Florence et Joanne Klevens, « The Economic Burden of Child Maltreatment in the United States, 2015 », *Child Abuse and Neglect*, vol. 86, 2018, p. 178 à 183.
32. Fang, Xiangming *et al.*, « The Burden of Child Maltreatment in the East Asia and Western Pacific Region », *Child Abuse and Neglect*, vol. 42, 2015, p. 146 à 62.
33. Kumar *et al.*, « Ending Violence in Childhood ».
34. United for Global Mental Health, « Children and Mental Health: Time to act », UGMH, Londres, s.d., <<https://static1.squarespace.com/static/5d42dd6674a94c000186bb85/t/5d77825213f0f97c808115d6/1568113238548/Children+and+mental+health+-+Time+To+Act+FINAL.pdf>>.
35. Patel *et al.*, « The Lancet Commission on global mental health and sustainable development ».
36. Ibid.
37. Ibid.
38. Mental Health Foundation, « Children and Young People », Mental Health Foundation, Londres, janvier 2016, <www.mentalhealth.org.uk/a-to-z/c/children-and-young-people>.
39. Erskine, Holly *et al.*, « The Global Coverage of Prevalence Data for Mental Disorders in Children and Adolescents », *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, vol. 26, n° 4, août 2017.
40. Child Helpline International, *Voices of Children and Young People: Child helpline data for 2017 & 2018*, Child Helpline International, Amsterdam, 2019, <<https://www.childhelplineinternational.org/data-overview/publications/voices-of-children-young-people/>>.
41. Bloom, David *et al.*, *The Global Economic Burden of Non-communicable Diseases*, Forum économique mondial, Genève, 2011, <https://www.dr-rath-foundation.org/wp-content/uploads/2020/03/WEF_Harvard_HE_GlobalEconomicBurdenNonCommunicableDiseases_2011.pdf>.
42. Hillis *et al.*, « The Enduring Impact of Violence against Children ».
43. Stapleton, Jane G. *et al.*, « The Mental Health Needs of Children Exposed to Violence in their Homes », *White Papers and Other PIRC Reports 6*, New Hampshire Coalition against Domestic and Sexual Violence, Concord (New Hampshire), 2011, <https://scholars.unh.edu/pirc_reports/6/>.
44. Stapleton *et al.*, *The Mental Health Needs of Children Exposed to Violence in their Homes*.
45. Murphy, Kevin D. *et al.*, « “You don’t Feel”: The experience of youth benzodiazepine misuse in Ireland », *Journal of Psychoactive Drugs*, vol. 50, n° 2, 2018.
46. Thoresen, Siri *et al.*, « Violence against Children, later Victimization, and Mental Health: A cross-sectional study of the general Norwegian population », *European Journal of Psychotraumatology*, vol. 6, n° 1, janvier 2015.
47. Kolltveit, Silje *et al.*, « Risk Factors for PTSD, Anxiety, and Depression among Adolescents in Gaza », *Journal of Traumatic Stress*, vol. 2, n° 2, avril 2012.
48. Merrick, Melissa T. *et al.*, « Vital Signs: Estimated proportion of adult health problems attributable to adverse childhood experiences and implications for prevention – 25 states 2015-2017 », *Morbidity and Mortality Weekly Report*, vol. 68, n° 44, novembre 2019.
49. Fan, Amy Z. *et al.*, « Applying Structural Equation Modeling to Measure Violence Exposure and Its Impact on Mental Health : Malawi violence against children and young women survey », *Journal of Interpersonal Violence*, novembre 2017, DOI : 10.1177/0886260517741214.

50. Chan, Ko Ling *et al.*, « Associating Child Sexual Abuse with Child Victimization in China », *Journal of Pediatrics*, vol. 162, 2013, p. 1028 à 1034 ; Ford, Julian D. *et al.*, « Poly-victimization and Risk of Posttraumatic, Depressive, and Substance Use Disorders and Involvement in Delinquency in a National Sample of Adolescents », *Journal of Adolescent Health*, vol. 46, 2010, p. 545 à 552 ; Segura, Anna *et al.*, « Poly-victimization and Psychopathology among Spanish Adolescents in Residential Care », *Child Abuse & Neglect*, vol. 55, 2016, p. 40-51 ; Soler, Laia *et al.*, « Impact of Poly-victimization on Mental Health : The mediator and/or moderator role of self-esteem », *Journal of Interpersonal Violence*, vol. 28, n° 13, mai 2013, p. 2695 à 2712.
51. Merrick *et al.*, « Vital Signs : Estimated proportion of adult health problems attributable to adverse childhood experiences and implications for prevention », 2019.
52. Hughes, Karen *et al.*, « The Effect of Multiple Adverse Childhood Experiences on Health: A systematic review and meta-analysis », *The Lancet Public Health*, vol. 2, août 2017, e356-366.
53. Ibid.
54. Patel *et al.*, « The Lancet Commission on global mental health and sustainable development ».
55. Osofsky, Joy D., « The Impact of Violence on Children », *The Future of Children*, vol. 9, n° 3, hiver 1999, p. 33 à 49.
56. Charak, Ruby *et al.*, « Patterns of Childhood Maltreatment and Intimate Partner Violence, Emotion Dysregulation, and Mental Health Symptoms among Lesbian, Gay, and Bisexual Emerging Adults: A three-step latent class approach », *Child Abuse & Neglect*, vol. 89, mars 2019.
57. Ibid.
58. Afifi, Tracie O. *et al.*, « Examining the Relationships between Parent Experiences and Youth Self-reports of Slapping/Spanking: A population-based cross-sectional study », *BMC Public Health*, vol. 19, octobre 2019.
59. Charak *et al.* « Patterns of Childhood Maltreatment ».
60. Osofsky, « The Impact of Violence on Children ».
61. Baker, Linda L. et Allison J. Cunningham, *Learning to Listen, Learning to Help: Understanding woman abuse and its effects on children*, Centre for Children & Families in the Justice System, London Ontario, 2005.
62. Osofsky, « The Impact of Violence on Children ».
63. Osofsky, Joy D., « The Effects of Exposure to Violence on Young Children », *American Psychologist*, vol. 50, n° 9, septembre 1995, p. 782 à 788.
64. Gorman-Smith, Deborah et Patrick Tolan, « The Role of Exposure to Community Violence and Developmental Problems among Inner-city Youth », *Development and Psychopathology*, vol. 10, n° 1, mars 1998, p. 101 à 116.
65. Cooley-Quille, Michele, Samuel M. Turner et Deborah B. Beidel, « Emotional Impact of Children's Exposure to Community Violence: A preliminary study », *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 34, n° 10, octobre 1995, p. 1362 à 1368.
66. Fonds des Nations Unies pour l'enfance et Organisation mondiale de la Santé, *Leading Minds Conference 2019: Summary report*, UNICEF et OMS, Genève, 2019, <https://www.unicef-irc.org/publications/pdf/Final_Summary_Report_Leading_Minds_2019.pdf>.

67. Jenkins, Esther J. et Carl C. Bell, « Exposure and Response to Community Violence among Children and Adolescents », dans Osofsky, Joy D. (éd.), *Children in a Violent Society*, Guilford Press, New York, 1998.
68. Osofsky, Joy D., « Children Who Witness Domestic Violence: The invisible victims », *Social Policy Report*, vol. 9, n° 3, décembre 1995, p. 1 à 20.
69. ChildFund Alliance, *Small Voices, Big Dreams 2019*.
70. Berens, Anne E., Sarah K.G. Jensen et Charles A. Nelson, « Biological Embedding of Childhood Adversity: From physiological mechanisms to clinical implications », *BMC Medicine*, vol. 15, n° 1, 2017, p. 135 ; Jensen, Sarah K.G., Anne E. Berens et Charles A. Nelson, « Effects of Poverty on Interacting Biological Systems Underlying Child Development », *The Lancet Child and Adolescent Health*, vol. 1, n° 3, 2017, p. 225 à 239 ; Pereira, Jessica *et al.*, « Mothers' Personal and Interpersonal Function as Potential Mediators between Maternal Maltreatment History and Child Behavior Problems », *Child Maltreatment*, vol. 23, n° 2, 2018, p. 147 à 156 ; Rijlaarsdam, Jolien, et autres, « Maternal Childhood Maltreatment and Offspring Emotional and Behavioral Problems: Maternal and paternal mechanisms of risk transmission », *Child Maltreatment*, vol. 19, n° 2, 2014, p. 67 à 78 ; Rieder, Amber D., *et al.*, « Impact of Maternal Adverse Childhood Experiences on Child Socioemotional Function in Rural Kenya: Mediating role of maternal mental health », *Developmental Science*, vol. 22, n° 5, mars 2019.
71. Goodman, Michael L. *et al.*, « Childhood Exposure to Emotional Abuse and Later Life Stress among Kenyan Women: A mediation analysis of cross-sectional data », *Anxiety, Stress and Coping*, vol. 30, n° 4, 2017, p. 469 à 483.
72. Pearson, Rebecca M. *et al.*, « Maternal Depression during Pregnancy and the Postnatal Period: Risks and possible mechanisms for offspring depression at age 18 years », *JAMA Psychiatry*, vol. 70, n° 12, décembre 2013, p.1312 à 1319.
73. Khadr, Sophie *et al.*, « Mental and Sexual Health Outcomes following Sexual Assault in Adolescents: A prospective cohort study », *The Lancet Child and Adolescent Health*, vol. 2, n° 9, septembre 2018, p. 654 à 655.
74. Machisa, Merciline T., Nicola Christofides et Rachel Jewkes, « Structural Pathways between Child Abuse, Poor Mental Health Outcomes and Male-Perpetrated Intimate Partner Violence (IPV) », *PLoS One*, vol. 11, n° 3, 2016, e0150986.
75. Biedermann, Sarah V. *et al.*, « Sexual Abuse but not Posttraumatic Stress Disorder is Associated with Neurocognitive Deficits in South African Traumatized Adolescents », *Child Abuse Negl.* vol. 80, juin 2018, p. 257 à 267.
76. Initiative mondiale pour l'élimination de tous les châtiments corporels infligés aux enfants, *Corporal Punishment of Children: Review of research on its impact and associations*, Londres, juin 2016, <<http://endcorporalpunishment.org/wp-content/uploads/research/Research-effects-review-2016-06.pdf>>.
77. Voisin, Dexter R., Torsten B. Neilands et Shannon Hunnicutt, « Mechanisms Linking Violence Exposure and School Engagement among African American Adolescents : Examining the roles of psychological problem behaviors and gender », *Am J Orthopsychiatry*, vol. 81, n° 1, 2011, p. 67 à 71 ; Foshee, Vangie Ann *et al.*, « A Longitudinal Examination of Psychological, Behavioral, Academic, and Relationship Consequences of Dating Abuse Victimization among a Primarily Rural Sample of Adolescents », *J Adolesc Health*, vol. 53, n° 6, 2013, p. 723 à 729.

38 Blessures cachées : les effets de la violence sur la santé mentale des enfants

78. Norman, Rosana E. *et al.*, « The Long-Term Health Consequences of Child Physical Abuse, Emotional Abuse, and Neglect: A systematic review and meta-analysis », *PLoS Medicine*, vol. 9, n° 11, 2012, e1001349.
79. Zhu, Yuhong *et al.*, « Parent-Child Attachment Moderates the Associations between Cyberbullying Victimization and Adolescents' Health/Mental Health Problems: An exploration of cyberbullying victimization among Chinese adolescents », *J Interpers Violence*, juin 2019, DOI : 10.1177/0886260519854559.
80. Organisation mondiale de la Santé, *Prévention du suicide : Guide à l'usage des réalisateurs et des autres personnes travaillant pour la scène ou l'écran*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2019.
81. Nations Unies, « Children Deprived of Liberty – the United Nations global study », Nations Unies, New York, 2019, <<https://www.ohchr.org/EN/HRBodies/CRC/StudyChildrenDeprivedLiberty/Pages/Index.aspx>>.
82. Sherr, Lorraine, Kathryn J. Roberts et K. Natasha Gandhi, « Child Violence Experiences in Institutionalised/Orphanage Care », *Psychology, Health & Medicine*, vol. 22, suppl. 1, 2017, p. 31 à 57.
83. Nations Unies, *Étude mondiale sur les enfants privés de liberté*.
84. Ibid.
85. Ibid.
86. Organisation mondiale de la Santé, *Care of Girls and Women Living with Female Genital Mutilation: A clinical handbook*, OMS, Genève, 2018, <<https://www.who.int/reproductivehealth/publications/health-care-girls-women-living-with-FGM/en>>.
87. John, Neetu A., Jeffrey Edmeades et Lydia Murithi, « Child Marriage and Psychological Well-being in Niger and Ethiopia », *BMC Public Health*, vol. 19, n° 1029, 2019.
88. Bureau de la Représentante spéciale du Secrétaire général chargée de la question de la violence contre les enfants, *Protecting Children Affected by Armed Violence in the Community*, Bureau de la Représentante spéciale du Secrétaire général chargée de la question de la violence contre les enfants, New York, 2016, <https://violenceagainstchildren.un.org/sites/violenceagainstchildren.un.org/files/documents/publications/2._protecting_children_affected_by_armed_violence_in_the_community.pdf>.
89. McGuinness, Teena M. et Simone C. Durand, « Mental Health of Young Refugees », *Journal of Psychosocial Nursing*, vol. 53, n° 12, 2015, p. 16 à 18.
90. Lincoln, Alisa K. *et al.*, « The Impact of Acculturation Style and Acculturative Hassles on the Mental Health of Somali Adolescent Refugees », *Journal of Immigrant Minority Health*, vol. 18, 2015, p. 771 à 778.
91. Vossoughi, Nadia *et al.*, « Mental Health Outcomes for Youth Living in Refugee Camps: A Review », *Trauma, Violence, & Abuse*, vol. 19, n° 5, 2016, p. 528 à 542.
92. Ibid.
93. Punamäki, Raija, L. *et al.*, « The Role of Maternal Attachment in Mental Health and Dyadic Relationships in War Trauma », *Heliyon*, vol. 5, n° 12, décembre 2019, e02867.
94. Nations Unies, *Étude mondiale sur les enfants privés de liberté*.

95. Denkinger, Jana K. *et al.*, « Secondary Traumatization in Caregivers Working with Women and Children Who Suffered Extreme Violence by the “Islamic State” », *Frontiers in Psychiatry*, vol. 9, n° 234, juin 2018, <<https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyt.2018.00234/full>>.
96. Ibid.
97. Finkelhor, David, Richard K. Ormrod et Heather A. Turner, « Poly-victimization: A neglected component in child victimization », *Child Abuse & Neglect*, vol. 31, 2007, p. 7 à 26.
98. OMS, *INSPIRE*.
99. OMS, « Principaux repères : Santé mentale des adolescents ».
100. American Psychological Association, « Child and Adolescent Mental and Behavioral Health Resolution », APA, Washington, février 2019, <<https://www.apa.org/about/policy/resolution-child-adolescent-mental-behavioral-health.pdf>>.
101. Kessler, Ronald C. *et al.*, « Childhood Adversities and Adult Psychopathology in the WHO World Mental Health Surveys », *British Journal of Psychiatry*, vol. 197, n° 5, 2010, p. 378 à 385 ; Rieder *et al.*, « Impact of Maternal Adverse Childhood Experiences on Child Socioemotional Function ».
102. Finkelhor, David, Richard K. Ormrod et Heather A. Turner, « Lifetime Assessment of Poly-victimization in a National Sample of Children and Youth », *Child Abuse & Neglect*, vol. 33, 2009, p. 403 à 411 ; Hanson, Rochelle F. *et al.*, « Relations among Parental Substance Use, Violence Exposure and Mental Health: The national survey of adolescents », *Addict Behav*, vol. 31, 2006, p. 1988 à 2001.
103. Lansford, Jennifer E. *et al.*, « Change Over Time in Parents' Beliefs About and Reported Use of Corporal Punishment in Eight Countries with and without Legal Bans », *Child Abuse & Neglect*, vol. 71, 2017, p. 44 à 55.
104. Nkuba, Mabula *et al.*, « Mental Health Problems and their Association to Violence and Maltreatment in a Nationally Representative Sample of Tanzanian Secondary School Students », *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, vol. 53, n° 7, 2018, p. 699 à 707 ; Ssenyonga, Joseph, Charles Magoba Muwonge et Tobias Hecker, « Prevalence of Family Violence and Mental Health and their Relation to Peer Victimization: A representative study of adolescent students in Southwestern Uganda », *Child Abuse & Neglect*, vol. 98, n° 1041, 2019 ; Hecker, Tobias *et al.*, « Child Neglect and its Relation to Emotional and Behavioral Problems: A cross-sectional study of primary school-aged children in Tanzania », *Development and Psychopathology*, vol. 31, n° 1, 2019, p. 325 à 339.
105. Menesini, Ersilia et Christina Salmivalli, « Bullying in Schools: The state of knowledge and effective interventions », *Psychology, Health & Medicine*, vol. 22, n° 1, 2017, p. 240 à 253.
106. Kadir, Ayesha, « Effects of Armed Conflict on Child Health and Development: A systematic review », *PLoS One*, vol. 14, n° 1, janvier 2019, e0210071.
107. Denov, Myriam et Atim Angela Lakor, « When War is better than Peace: The post-conflict realities of children born of wartime rape in northern Uganda », *Child Abuse & Neglect*, vol. 65, mars 2017, p. 255 à 265.
108. Maclure, Richard et Myriam Denov, « “I Didn’t Want to Die so I Joined Them”: Structuration and the process of becoming boy soldiers in Sierra Leone », *Terrorism and Political Violence*, vol. 18, n° 1, 2006, p. 119 à 135 ; Kadir, « Effects of Armed Conflict on Child Health and Development ».

109. Chigiji, Handrick *et al.*, « Risk Factors and Health Consequences of Physical and Emotional Violence against Children in Zimbabwe: A nationally representative survey », *BMJ Glob Health*, vol. 3, n° 3, juin 2018, e000533.
110. Osofsky, Joy D. « The Effects of Exposure to Violence on Children of Different Ages » dans Donnelly, Jill (éd.) *Developing Strategies to Deal with Trauma in Children: A means of ensuring conflict prevention, security and social stability – Case study – 12–15-year-olds in Serbia*, IOS Press, Amsterdam, 2005.
111. Ibid.
112. Osofsky, Joy D., « The Impact of Violence on Children ».
113. American Psychological Association, « Child and Adolescent Mental and Behavioral Health Resolution ».
114. Walker, Susan P. *et al.*, « Inequality in Early Childhood: Risk and protective factors for early child development », *The Lancet*, vol. 378, n° 9799, octobre 2011, p. 1325 à 1338.
115. Ibid.
116. Starkey, Leighann J. Lawrence Aber et Angela Crossman, « Risk or Resource: Does school climate moderate the influence of community violence on children's social-emotional development in the Democratic Republic of Congo? », *Dev Sci*, vol. 22, n° 5, septembre 2019, e12845.
117. ECPAT International, « Sophie: Why are we the ones hiding our faces in shame? », ECPAT International, Bangkok, 2016, <<https://www.ecpat.org/survivor-voices/sophies-story-hope-survival/>>.
118. OMS, *INSPIRE* ; voir également « Know Violence in Childhood: A global learning initiative », <<https://igarape.org.br/en/know-violence-in-childhood-global-learning-initiative>>.
119. Organisation mondiale de la Santé, Plan d'action pour la santé mentale 2013-2020, OMS, Genève, 2013, <https://www.who.int/mental_health/action_plan_2013/fr/>. Voir aussi Organisation mondiale de la Santé, mhGAP Evidence Resource Centre https://www.who.int/mental_health/mhgap/evidence/en/.
120. Organisation mondiale de la Santé, « Mental Health Evidence and Research », OMS, Genève, s.d., <https://www.who.int/mental_health/evidence/en/>.
121. Patel *et al.*, « The Lancet Commission on global mental health and sustainable development ».
122. Ibid.
123. Ibid.
124. American Psychological Association, « Child and Adolescent Mental and Behavioral Health Resolution ».
125. Eckenrode, John *et al.*, « Preventing Child Abuse and Neglect with a Program of Nurse Home Visitation: The limiting effects of domestic violence », *Journal of the American Medical Association*, vol. 284, n° 11, 2000, p. 1385 à 1431.
126. Patel *et al.*, « The Lancet Commission on global mental health and sustainable development ».
127. Ibid.
128. Patel *et al.*, « The Lancet Commission on global mental health and sustainable development ».

129. Organisation mondiale de la Santé et Plateforme mondiale de santé mentale Gulbenkian. *Promoting rights and community living for children with psychosocial disabilities*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2015.
130. Forum économique mondial et Orygen, « Global Youth Mental Health Briefing », Forum économique mondial, Genève, s.d., <<https://static1.squarespace.com/static/5d42dd6674a94c000186bb85/t/5e26d1539b35240322ba9394/1579602264031/Orygen%27s+WEF-global-YMH-briefing.pdf>>.
131. SOS Villages d'enfants, *The Right to Protection: Ending violence against children*, SOS Villages d'enfants International, Innsbruck, 2017, <<https://www.sos-childrensvillages.org/news/the-right-to-protection>>.
132. Patel *et al.*, « The Lancet Commission on global mental health and sustainable development ».
133. Des orientations et une boîte à outils seront prochainement élaborées dans le cadre de l'initiative « Helping Adolescents Thrive » (HAT).
134. Patel *et al.*, « The Lancet Commission on global mental health and sustainable development ».
135. Ibid.
136. Cité par la médiatrice pour les enfants de Norvège, « I Want to have Good Dreams: Children's and young people's hearing on bullying and offences at school », médiatrice pour les enfants, Oslo, octobre 2014, <<http://barneombudet.no/wp-content/uploads/2015/10/Good-dreams.pdf>>.
137. Wasserman, D *et al.*, « School-based suicide prevention programmes: the SEYLE cluster-randomised, controlled trial ». *The Lancet*, 2015. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61213-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61213-7).
138. Patel *et al.*, « The Lancet Commission on global mental health and sustainable development ».
139. Organisation mondiale de la Santé, *WHO Guidelines for the Health Sector Response to Child Maltreatment*, OMS, Genève, septembre 2019, <<https://www.who.int/publications-detail/who-guidelines-for-the-health-sector-response-to-child-maltreatment>> ; voir aussi Organisation mondiale de la Santé, *Responding to Children and Adolescents who have been Sexually Abused: WHO clinical guidelines*, OMS, Genève, février 2017, <<https://www.who.int/publications-detail/9789241550147-responding-to-children-and-adolescents-who-have-been-sexually-abused>>.
140. Organisation mondiale de la Santé, *INSPIRE*.
141. Organisation mondiale de la Santé, Guide d'intervention mhGAP pour la prise en charge des troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives dans les structures de soins non spécialisées, Version 2.0, OMS, Genève, 2019, <<https://www.who.int/publications-detail/mhgap-intervention-guide---version-2.0>>.
142. Organisation mondiale de la Santé, *Les premiers secours psychologiques : Guide pour les acteurs de terrain*, OMS, Genève, 2011, <https://www.who.int/mental_health/publications/guide_field_workers/en/>.
143. Voir <https://resourcecentre.savethechildren.net/library/save-children-psychological-first-aid-training-manual-child-practitioners> et <https://resourcecentre.savethechildren.net/library/childrens-resilience-programme-psychosocial-support-and-out-schools>.
144. Comité permanent interorganisations, Directives du CPI concernant la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence, CPI, New York, 2007, <https://www.who.int/mental_health/emergencies/9781424334445/en/>.
145. Patel *et al.*, « The Lancet Commission on global mental health and sustainable development ».

146. Voir <https://interagencystandingcommittee.org/system/files/2020-08/IASC%20Guidance%20on%20Operational%20considerations%20for%20Multisectoral%20MHPSS%20Programmes%20during%20the%20COVID-19%20Pandemic%20%28French%29.pdf>.
147. UNICEF, *Operational guidelines on community based mental health and psychosocial support in humanitarian settings: Three-tiered support for children and families (field test version)*. New York, UNICEF, 2018.
148. Organisation mondiale de la Santé, Plan d'action pour la santé mentale 2013-2020.
149. Patel *et al.*, « The Lancet Commission on global mental health and sustainable development ».
150. Fonds des Nations Unies pour l'enfance et Organisation mondiale de la Santé, *Leading Minds Conference 2019*.
151. ECPAT International, « Lee: I had to choose between acceptance and destruction », Survivors' Voices, ECPAT International, Bangkok, 2016, <<https://www.ecpat.org/survivor-voices/lees-story-survival-acceptance/>>.
152. Réseau européen des jeunes conseillers, recommandations issues du projet baptisé « Let's Talk Young, Let's Talk About Mental Health! » auquel ont participé des enfants, ENYA, Strasbourg, 2018, <http://enoc.eu/?page_id=2066>.
153. Patel *et al.*, « The Lancet Commission on global mental health and sustainable development ».



BUREAU DU REPRÉSENTANTE SPÉCIALE DU SECRÉTAIRE GÉNÉRAL CHARGÉE DE LA QUESTION
DE LA VIOLENCE À L'ENCONTRE DES ENFANTS

La Représentante spéciale du Secrétaire général chargée de la question de la violence contre les enfants plaide au niveau mondial, en toute indépendance, pour la prévention et l'élimination de toutes les formes de violence contre les enfants, mobilisant des moyens d'action et un appui politique au service de cet objectif dans le monde entier. Son mandat est ancré dans la Convention relative aux droits de l'enfant et d'autres instruments internationaux relatifs aux droits humains et s'inscrit dans le cadre de l'étude des Nations Unies sur la violence contre les enfants.

<https://violenceagainstchildren.un.org/>

ISBN: 978-92-1-101427-3



9 789211 014273