

Étude de la prévalence de la maltraitance infantile et des expériences de vie négatives dans une population d'adolescents en Fédération Wallonie-Bruxelles

L. Jadot, A. Blavier

Centre d'Expertise en Psychotraumatisme et Psychologie Légale

laura.jadot@uliege.be



Introduction

De par son caractère chronique, son émergence précoce dans une période vulnérable du développement et sa nature interpersonnelle¹, la **maltraitance infantile** entraîne des conséquences considérables sur le développement des victimes². Parmi ces conséquences, nous retrouvons des atteintes du développement cérébral³, des problèmes de santé physique et psychologique², des troubles des conduites interpersonnelles⁴, ainsi qu'une fréquence plus importante de comportements extériorisés et de conduites délinquantes².

Outre la maltraitance, les **expériences négatives vécues dans la sphère familiale** impactent également le développement de l'enfant à long terme : augmentation du risque d'être fumeur ou de consommer des substances ; du risque de souffrir d'une maladie cardiaque, de contracter un cancer, de souffrir d'une maladie hépatique ou de souffrir d'obésité ; du risque de développer un problème de santé mentale ; du risque de promiscuité sexuelle et, par conséquent, de contracter une IST⁵.

Au vu de leurs nombreuses conséquences, ces phénomènes constituent de véritables problématiques de santé publique. Quantifier leur ampleur demeure un enjeu primordial afin de développer des mesures de prévention et des prises en charge adéquates². En Belgique, nous n'avons pas d'informations quant à l'étendue de ces problématiques⁶.

Méthodologie

Notre étude avait pour objectif d'étudier la prévalence de la maltraitance infantile et des expériences de vie familiales négatives dans une population d'adolescents en Fédération Wallonie-Bruxelles. Leurs liens avec la délinquance juvénile ont également été investigués.



Nous avons interrogé **770 adolescents**, âgés de 12 à 18 ans (inclus). La moyenne d'âge de notre échantillon est de **15,32 ans** ($\sigma=1,85$).



Notre échantillon est composé de 456 filles (59,2%), de 308 garçons (40%) et de 6 jeunes (0,8%) se considérant comme « autre ».



Parmi notre échantillon, **86 jeunes ont déclaré avoir déjà eu des problèmes avec la justice** suite à la perpétration d'au moins un fait qualifié infraction (FQI).



Un questionnaire auto-administré évaluant le **vécu de maltraitance** (*Childhood Trauma Questionnaire*), les **expériences négatives rencontrées dans la sphère familiale** (*Adverse Childhood Experiences*) et la **perpétration de FQI** (Questionnaire de délinquance auto-révélé) leur a été proposé. Les données socio-démographiques de ces adolescents ont également été récoltées.

Résultats

684 jeunes tout-venant :

- ✓ **42,5%** indiquent n'avoir jamais été victimes de maltraitance.
- ✓ **24,6%** indiquent avoir été victimes d'une forme de maltraitance.
- ✓ **32,9%** indiquent avoir été victimes de plusieurs formes de maltraitance.
- ✓ **31,2%** indiquent avoir vécu au moins quatre expériences négatives dans la sphère familiale.

86 jeunes judiciairisés :

- ✓ **8,1%** indiquent n'avoir jamais été victimes de maltraitance.
- ✓ **14%** indiquent avoir été victimes d'une forme de maltraitance.
- ✓ **77,9%** indiquent avoir été victimes de plusieurs formes de maltraitance.
- ✓ **77,9%** indiquent avoir vécu au moins quatre expériences négatives dans la sphère familiale.

Type d'abus	Adolescents tout-venant (n=684)	Adolescents judiciairisés (n=86)	T	p
Vécu de maltraitance	57.5%	91.9%	50654.50	p<.0001
Abus physique	7.6%	38.4%	43930.50	p<.0001
Abus psychologique	32.2%	61.6%	45030.00	p<.0001
Abus sexuel intra-familial	5.7%	18.6%	37023.00	p<.0001
Abus sexuel extra-familial	15.4%	32.6%	38629.00	p<.0001
Négligence émotionnelle	36.7%	72.1%	47074.50	p<.0001
Négligence physique	21.8%	57%	46630.50	p<.0001

Nos analyses ont montré un effet significatif fort du vécu de maltraitance infantile sur la perpétration de FQI ($\beta=.96$; $p<.0001$; $R^2=0.15$). Elles montrent également des effets significatifs faibles à modérés des vécus d'abus physique ($\beta=.18$; $p<.0001$; $R^2=0.14$), d'abus psychologique ($\beta=.24$; $p<.0001$; $R^2=0.09$), d'abus sexuel intra-familial ($\beta=.07$; $p<.0001$; $R^2=0.03$), d'abus sexuel extra-familial ($\beta=.15$; $p<.0001$; $R^2=0.12$), de négligence émotionnelle ($\beta=.22$; $p<.0001$; $R^2=0.07$) et de négligence physique ($\beta=.14$; $p<.0001$; $R^2=0.06$) sur la perpétration de FQI. En outre, nous observons un effet significatif du vécu d'expériences négatives dans l'enfance sur la commission de FQI à l'adolescence ($\beta=.14$; $p<.0001$; $R^2=0.10$). Plus précisément, être témoin de violences intra-familiales ($T=62056.00$; $p<.0001$), avoir des parents séparés ou divorcés ($T=46919.00$; $p=0.0036$), avoir un parent absent ou décédé ($T=24480.50$; $p<.0001$), avoir un membre proche de la famille qui présente une problématique de consommation de substance ($T=27732.00$; $p<.0001$), avoir un membre proche de la famille qui présente une problématique psychologique ou psychiatrique ($T=21436.00$; $p<.0001$) ou avoir un membre proche de la famille incarcéré ($T=17430.00$; $p=0.0004$) augmentent significativement le risque de commettre un FQI. Cet effet est augmenté si le jeune a vécu à la fois des expériences familiales défavorables et de la maltraitance infantile ($\beta=.24$; $p<.0001$; $R^2=0.13$).

Discussion

Les situations de maltraitance infantile sont répandues en Fédération Wallonie-Bruxelles : **57,5%** des adolescents tout-venant et **91,9%** des adolescents judiciairisés de notre échantillon rapportent avoir été victimes d'au moins une forme de maltraitance durant leur enfance. La négligence émotionnelle, l'abus psychologique et la négligence physique sont les formes de maltraitance les plus couramment mentionnées par les participants de notre étude. Les expériences négatives vécues dans la sphère familiale sont également fréquentes : **31,2%** des jeunes tout-venant et **77,9%** des jeunes judiciairisés rapportent avoir vécu au moins 4 expériences négatives durant leur enfance. Ces constats témoignent de la **nécessité d'améliorer la prévention et la détection de ces situations**, notamment en sensibilisant les professionnels qui travaillent en première ligne avec les jeunes et/ou leurs familles.

Nos résultats mettent aussi en évidence la **probabilité plus importante de perpétrer des FQI à l'adolescence chez les victimes de maltraitance et d'expériences familiales négatives**. Au vu de l'ensemble des conséquences engendrées par ces situations, il apparaît indispensable de **développer et de mettre en place des prises en charge axées sur le traumatisme**. Ces approches incluent à la fois les comportements problématiques et observables, mais aussi le parcours de vie, les potentiels vécus traumatiques et leurs conséquences sur les compétences développementales, sur l'attachement et sur les capacités d'auto-régulation.

Références

- ¹ Herman J. PTSD is a distinct entity : comment on Resick et al. J trauma stress. 2012;25(3):256-257.
- ² Gilbert R, Spatz Widom C, Browne K, Fergusson D, Webb E, Janson S. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. Lancet. 2009;373:68-81.
- ³ Teicher MH, Samson JA. Childhood maltreatment and psychopathology: A case for ecophenotypic variants as clinically and neurobiologically distinct subtypes. Am J Psychiatry. 2013;170(10):1114-1133.
- ⁴ Dubé G, Terradas MM, Didier O, Guillemette R, Achim J. Empathie, mentalisation et comportements extériorisés chez les enfants d'âge scolaire hébergés en centre jeunesse : une étude exploratoire. Rev psychoéduc. 2019;48(2):347-371.
- ⁵ Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. Am J Prev Med. 1998;14(4):245-258.
- ⁶ Vinck I, Christiaens W, Jonckheer P, Veereman G, Kohn L, Dekker N, et al. Comment améliorer la détection de la maltraitance infantile ? Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE); 2016. KCE Reports 269B.