



# Promotion du bien-être familial et prévention des mauvais traitements

## quels programmes sont efficaces?<sup>1</sup>

*Jennifer MacLeod, Geoffrey Nelson et Sonia Desmarais*

L'ampleur des mauvais traitements envers les enfants conduit à une grande variété de programmes qui visent la promotion du bien-être familial ainsi que la prévention des mauvais traitements. Plusieurs de ces programmes ont fait l'objet d'évaluations afin d'en connaître l'efficacité ainsi que les facteurs de réussite. Ce feuillet d'information décrit les résultats d'une méta-analyse de 56 programmes évalués qui ont été conçus pour la promotion du bien-être familial et la prévention des mauvais traitements.

### La méta-analyse : une comparaison des résultats d'évaluations de programmes

La méta-analyse est une technique statistique qui permet de comparer les résultats de différentes recherches. Cette méta-analyse a porté sur 56 évaluations, effectuées entre 1979 et 1998, de programmes de prévention conçus pour des enfants âgés de 12 ans et moins. Les évaluations comportaient des groupes témoins et mesuraient les résultats liés aux mauvais traitements des enfants (par ex., le

#### Les programmes proactifs et réactifs

Cette recherche s'appuyait sur le système de classification Rae-Grant (1994)<sup>3</sup> de programmes proactifs et réactifs.

Les programmes proactifs visent à prévenir les mauvais traitements chez les enfants et à promouvoir le bien-être chez les familles n'ayant pas connu de telles expériences. Les programmes proactifs examinés dans le cadre de cette méta-analyse sont :

- les visites à domicile effectuées par des infirmières ou des non professionnels à des mères dans le but de leur fournir appui et information;
- les programmes à multiples interventions, dont le soutien familial, l'éducation ou la garde préscolaire, ainsi que certains éléments de l'organisation communautaire;
- les groupes de soutien social et d'entraide visant à enrichir le réseau social des parents;
- les campagnes médiatiques diffusant des renseignements sur les habiletés

parentales, telles que les bulletins d'information et les revues.

Les programmes réactifs sont conçus pour les familles chez qui il y a déjà eu mauvais traitements. Les programmes examinés dans cette catégorie sont :

- les services intensifs de préservation de la famille visant à prévenir le placement hors foyer et la résurgence des mauvais traitements;
- les programmes à multiples interventions;
- le soutien social et l'entraide;
- la formation aux parents.

Les chercheurs soulignent qu'un échantillon de 56 recherches est adéquat pour une méta-analyse; toutefois, le fait de classer les programmes en huit catégories diminue la taille des échantillons, de sorte que certaines catégories ne sont composées que d'une ou deux recherches. Les résultats doivent donc être interprétés avec prudence.

placement hors foyer, les blessures, l'hospitalisation) ou le bien-être familial (par ex., les interactions positives, l'environnement stimulant, l'affection). On y a exclu la thérapie, le traitement de même que les programmes de prévention de l'agression sexuelle.<sup>2</sup>

---

*Les programmes de promotion du bien-être familial les plus efficaces sont les programmes proactifs à multiples interventions, les visites à domicile et les groupes d'entraide – tous des programmes commençant avant ou au moment de la naissance.*

---

### **Efficacité des programmes**

De façon générale, la méta-analyse a permis de découvrir que la plupart des programmes conçus pour promouvoir le bien-être familial et prévenir les mauvais traitements sont efficaces. Les programmes de promotion du bien-être familial les plus efficaces sont les programmes proactifs à multiples interventions, les visites à domicile et les groupes d'entraide – tous des programmes commençant avant ou au moment de la naissance. Seulement la recherche portant sur les visites à domicile évaluait les résultats sous l'angle de la prévention des mauvais traitements; il semblerait que les visites remportaient du succès en cette matière. De façon générale, les résultats positifs des programmes proactifs se poursuivaient ou même se prolongeaient avec le temps.

D'un autre côté, les résultats positifs des programmes réactifs avaient tendance à s'estomper avec le temps, d'où l'importance d'intervenir lorsque les enfants sont très jeunes et avant l'apparition des mauvais traitements. Les programmes proactifs ont tendance à être conçus pour les familles ayant des enfants en très bas âge, tandis que les programmes réactifs s'adressent plutôt aux familles dont les enfants sont plus âgés. De plus, il semblerait que les programmes proactifs encouragent les comportements positifs qui stimulent à long terme le bien-être familial. En revanche, les programmes réactifs sont offerts après que l'enfant ait subi des mauvais traitements et visent surtout à répondre aux besoins immédiats. Les programmes réactifs ont des résultats positifs à court terme qui ont tendance à s'estomper avec le temps.

La promotion du bien-être familial donne des

résultats plus positifs que la prévention des mauvais traitements. En d'autres mots, les mesures visant à améliorer les compétences parentales remportaient plus de succès que celles cherchant à réduire les résultats négatifs. La méta-analyse a permis de démontrer que les programmes à multiples interventions ont plus d'impact que les visites à domicile et les groupes d'entraide. De plus, les services intensifs de préservation de la famille qui adoptaient un modèle de pouvoir d'action (*empowerment*) avaient de meilleurs résultats que ceux qui ne se fiaient pas à une telle approche; ce qui n'était pas le cas avec les visites à domicile et les programmes à multiples interventions. Pour ce qui est de la durée et de l'intensité, les programmes de visites à domicile les plus limités dans le temps (d'un à six mois) et ceux comportant moins de 12 visites étaient les moins efficaces dans la prévention des mauvais traitements.

Les programmes de visites à domicile proactifs comportant un volet social pour les familles avaient de moins bons résultats dans la prévention des mauvais traitements chez les enfants que les programmes sans cette composante. (Toutefois, les services intensifs de préservation de la famille ayant une composante de soutien social avaient de meilleurs résultats dans la prévention des mauvais traitements.) Il est probable qu'il y avait un niveau accru de surveillance de la situation familiale avec les programmes de visites à domicile à volet social, ce qui expliquerait la fréquence plus élevée de détection et de signalement des mauvais traitements.

---

*La promotion du bien-être familial donne des résultats plus positifs que la prévention des mauvais traitements. En d'autres mots, les mesures visant à améliorer les compétences parentales remportaient plus de succès que celles cherchant à réduire les résultats négatifs.*

---

En outre, les programmes offrant de l'aide pratique et financière étaient moins efficaces que ceux qui ne l'offraient pas. On pourrait expliquer cela par le fait que le soutien pratique est offert aux familles qui démontrent clairement en avoir besoin, ce qui signifie un niveau de crise et de pauvreté plus élevé que les familles ne recevant pas ce type de service. Dans la même veine, les services intensifs de préservation de la famille et les programmes de

visites à domicile conçus pour les familles de divers niveaux socio-économiques étaient plus efficaces que ceux conçus spécifiquement pour les familles à faible niveau socio-économique.

Les résultats généraux de cette méta-analyse démontrent que les services intensifs de préservation de la famille dotés d'une approche de renforcement des habiletés et de pouvoir d'action (*empowerment*) étaient plus efficaces que les programmes fondés sur les lacunes offerts par des spécialistes. Les résultats de la méta-analyse démontrent clairement que les programmes de visites à domicile doivent durer plus de six mois et fournir plus que 12 visites.

- 
1. Ce feuillet d'information est tiré d'un article scientifique révisé par des pairs : MacLeod, J., & Nelson, G.. (2000). Programs for the promotion of family wellness and the prevention of child maltreatment: A meta-analytic review. *Child Abuse and Neglect*, 24(9), 1127-1149.
  2. Pour une étude méta-analytique des programmes de prévention de l'agression sexuelle, consultez : Rispens, J., Aleman, A., & Goudena, P.P. (1997). Prevention of child sexual abuse victimization: A meta-analysis of school programs. *Child Abuse and Neglect*, 21, 975-987.
  3. Rae-Grant, N.I. (1994). Preventive interventions for children and adolescents: Where are we now and how far have we come? *Canadian Journal of Community Mental Health*, 13(2), 17-36.

Les feuillets du CEPB sont produits et distribués par le Centre d'excellence pour la protection et le bien-être des enfants afin de rendre accessible la recherche canadienne en protection de l'enfance. Ce feuillet a été rédigé par Ivan Brown et Sue Sullivan, membres du personnel du CEPB.

**Référence suggérée :** MacLeod, J., Nelson, G., & Desmarais, S. (2004). *Promotion du bien-être familial et prévention des mauvais traitements : quels programmes sont efficaces?* Feuillet du CEPB #17F. Montréal, QC, Canada : Université de Montréal, École de service social.

*Le Centre d'excellence pour la protection et le bien-être des enfants (CEPB) est l'un des Centres d'excellence pour le bien-être des enfants financés par Santé Canada. Le CEPB est également financé par les Instituts de recherche en santé du Canada et par Bell Canada. Les opinions exprimées dans ce document ne représentent pas nécessairement la politique officielle des bailleurs de fonds du CEPB.*



Ce feuillet d'information peut être téléchargé à :  
[www.cecw-cepb.ca/fr/infosheets](http://www.cecw-cepb.ca/fr/infosheets)



Centre of Excellence  
for Child Welfare

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

[www.cecw-cepb.ca](http://www.cecw-cepb.ca)