

L'efficacité des interventions en protection de l'enfance

Recension des écrits

Sarah Dufour et Claire Chamberland



Dufour, S. et Chamberland, C. (2003). *L'efficacité des interventions en protection de l'enfance. Recension des écrits*. Montréal, Qc : Centre d'excellence pour la protection et le bien-être des enfants.

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



Les citations et résumés de la base de données PsycINFO (Droits d'auteur « American Psychological Association », tous droits réservés) sont reproduits avec la permission de l'APA et ne doivent pas être republiés sans permission supplémentaire. Pour plus d'informations, veuillez contacter psycinfo@apa.org.

La reproduction en tout ou en partie de cette publication (sauf les citations et résumés, droits d'auteur « American Psychological Association ») est autorisée pour des fins non commerciales. Les auteurs et le Centre d'excellence pour la protection et le bien-être des enfants doivent être identifiés sur toutes les copies.

Des copies de cette publication sont disponibles sur le site Internet du Centre d'excellence pour la protection et le bien-être des enfants : www.cecw-cepb.ca. Des copies sont également disponibles contre certains frais au :

Centre d'excellence pour la protection et le bien-être des enfants
c/o Ligue pour le bien-être de l'enfance
du Canada
75, rue Albert, bureau 209
Ottawa (Ontario) K1P 5E7
Tél. : (613) 235-4412, poste 24
Courriel : info@cecw-cepb.ca

© Centre d'excellence pour la protection et le bien-être des enfants, 2003

Also available in English under the title:
*The effectiveness of child welfare interventions:
A systematic review.*

ISBN: 1-896297-12-9

L'efficacité des interventions en protection de l'enfance

Recension des écrits

Sarah Dufour et Claire Chamberland

Avril 2003



Centre of Excellence
for Child Welfare

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

Table des matières

Liste des tableaux	iii
Remerciements	1
Résumé	2
Introduction	3
Méthodologie	5
Résultats	6
2.1 Efficacité des interventions destinées aux enfants	6
2.1.1 Interventions de groupe	6
2.1.1.1 <i>Postulats et description des interventions</i>	7
2.1.1.2 <i>Efficacité des interventions</i>	8
2.1.2 Interventions individuelles	9
2.1.2.1 <i>Postulats et description des interventions</i>	9
2.1.2.2 <i>Efficacité des interventions</i>	10
2.1.3 Interventions non spécifiques / combinées	11
2.1.3.1 <i>Description des interventions</i>	11
2.1.3.2 <i>Efficacité des interventions</i>	12
2.1.4 Conclusion	12
2.2 Efficacité des interventions destinées aux parents	14
2.2.1 Interventions comportementales, cognitives et cognitives-comportementales	15
2.2.1.1 <i>Postulats et description des interventions</i>	15
2.2.1.2 <i>Efficacité des interventions</i>	15
2.2.2 Interventions visant le soutien et l'intégration sociale	17
2.2.2.1 <i>Postulats et description des interventions</i>	17
2.2.2.2 <i>Efficacité des interventions</i>	17
2.2.3 Interventions par cas (Casework)	18
2.2.4 Interventions par approches combinées	18
2.2.5 Conclusion	19
2.3 Efficacité des interventions destinées aux familles	20
2.3.1 Interventions inclusives, multimodales ou combinées	21
2.3.1.1 <i>Postulats et description des interventions</i>	21
2.3.1.2 <i>Efficacité des interventions</i>	22
2.3.2 Interventions visant la préservation de l'unité familiale	24
2.3.2.1 <i>Postulats et description des interventions</i>	24
2.3.2.2 <i>Efficacité des interventions</i>	24
2.3.3 Thérapies familiales	25
2.3.3.1 <i>Postulats et description des interventions</i>	25
2.3.3.2 <i>Efficacité des interventions</i>	26

2.3.4 Interventions cognitives-behaviorales	26
2.3.4.1 <i>Postulats et description des interventions.</i>	27
2.3.4.2 <i>Efficacité des interventions.</i>	27
2.3.5 Interventions individuelles.	27
2.3.6 Interventions de groupe	28
2.3.6.1 <i>Postulats et description des interventions.</i>	28
2.3.6.2 <i>Efficacité des interventions.</i>	28
2.3.7 Interventions visant la réunification de l'unité familiale	29
2.3.7.1 <i>Postulats et description des interventions.</i>	29
2.3.7.2 <i>Efficacité des interventions.</i>	29
2.3.8 Conclusion	29
Discussion	32
3.1 Lacunes principales dans les recensions des écrits	32
3.2 De la recherche évaluative à la théorisation	32
3.3 Une nécessaire collaboration	35
3.4 Principales difficultés méthodologiques des recensions.	35
3.5 Difficultés de résumer les recensions des recherches sur l'efficacité	36
Recommandations.	38
4.1 Recommandations pour l'intervention	38
4.1.1 Systématiser le développement des interventions dans les situations de mauvais traitements	38
4.1.2 Utiliser les résultats d'évaluation lors de la prise de décision au sujet d'une intervention	39
4.2 Recommandations pour la recherche	39
4.2.1 Recenser et évaluer la qualité des études évaluatives individuelles portant sur l'efficacité des interventions dans les situations de mauvais traitements	39
4.2.2 Réaliser et diffuser des évaluations d'efficacité de qualité sur les interventions dans les situations de mauvais traitements	40
4.2.3 Réaliser et diffuser d'autres types d'évaluations de qualité sur les interventions dans les situations de mauvais traitements (évaluation de besoins, de la théorie du programme, d'implantation et de processus).	41
4.3 Recommandations pour tous les acteurs concernés par la sécurité et le bien-être des enfants	41
4.3.1 Augmenter la collaboration entre chercheurs, intervenants et décideurs afin de développer des interventions plus efficaces.	41
4.3.2 Augmenter la collaboration entre les divers acteurs des services sociaux et de santé afin de mieux répondre aux besoins des enfants et des familles aux prises avec des situations de mauvais traitements	42
Conclusion	43
Références.	44

Liste des tableaux

Tableau 1 – Recensions des interventions destinées aux enfants	13
Tableau 2 – Recensions des interventions destinées aux parents	19
Tableau 3 – Recensions des interventions destinées aux familles	30
Tableau 4 – Indicateurs d’efficacité en fonction des facteurs de protection et de vulnérabilité de chaque niveau écologique	34

Remerciements

Les auteurs tiennent à remercier le comité d'experts du Centre d'excellence pour la protection et le bien-être des enfants pour sa contribution au présent document.

Carl Lacharité (Président,
Table ronde d'experts du CEPB)
Professeur, Département de psychologie
Université du Québec à Trois-Rivières

Andrew Armitage
Directeur
School of Social Work
University of Victoria

Nick Bala
Professeur
Faculty of Law
Queen's University

Jean Boudreau
Conseiller principal
Secteur des services professionnels
Association des centres jeunesse du Québec

Harriet MacMillan
Professeure associée
Canadian Centre for Studies of Children at Risk
McMaster University

George Savoury
Directeur d'appui aux politiques
et de l'évaluation
Operational Support Division
Department of Family and Children's Services
Nova Scotia Department of Community Services

Susan Stern
Professeure associée
Faculty of Social Work
University of Toronto

Nico Trocmé
Directeur
Centre d'excellence pour la protection
et le bien-être des enfants
Faculty of Social Work
University of Toronto

Les auteurs tiennent également à remercier le personnel du Centre d'excellence pour la protection et le bien-être des enfants pour le soutien dans la préparation et la rédaction du présent document.

Dominic Beaudet, Assistant de recherche

Ivan Brown, Gestionnaire

Leanne Lane, Assistante de recherche

Karine Nadeau, Assistante de recherche

Résumé

Par l'examen critique des recensions d'écrits publiées entre 1984 et 2001, les auteurs dressent un portrait de l'état des connaissances sur l'efficacité des interventions visant la protection ou l'amélioration du bien-être d'enfants victimes de mauvais traitements. Les interventions étudiées ciblent les enfants, les parents ou la famille. Elles concernent surtout des situations d'abus sexuel, d'abus physique ou de négligence et très peu portent sur des situations d'exposition à la violence ou de violence psychologique.

Les indicateurs d'efficacité mesurent surtout l'amélioration des connaissances (ex. : meilleures connaissances au sujet du développement de l'enfant), des attitudes (ex. : gains pour l'enthousiasme), des émotions (ex. : diminution de l'anxiété) et des comportements (ex. : diminution des comportements aversifs) des parents et des enfants à la suite de l'intervention. Peu d'évaluations effectuent un suivi auprès des participants pour vérifier le maintien des acquis. Même pour les interventions le plus souvent et le plus favorablement évaluées, telles les interventions cognitives-behaviorales auprès des parents, le petit nombre d'études évaluatives, des limites méthodologiques et la disparité dans le contenu et l'implantation des interventions permettent difficilement de tirer des conclusions solides quant à leur efficacité.

Les recommandations pour l'intervention portent sur la systématisation du développement des interventions et sur l'utilisation des résultats d'évaluation lors de la prise de décision. Concernant la recherche, les auteurs recommandent notamment la réalisation de nouvelles évaluations d'efficacité de qualité. Les dernières recommandations s'adressent à tous les acteurs concernés par la sécurité et le bien-être des enfants. On suggère d'abord d'augmenter la collaboration entre chercheurs, intervenants et décideurs afin de développer des interventions plus efficaces. La collaboration entre les divers acteurs des services sociaux et sanitaires devrait elle aussi augmenter afin de mieux répondre aux besoins des enfants et des familles aux prises avec des situations de mauvais traitements. Un comité d'experts pancanadien a contribué à la démarche.

Mots-clés : évaluation, efficacité, mauvais traitements envers les enfants, recension des écrits, protection des enfants, bien-être des enfants, négligence.

Introduction

Tant par l'ampleur du phénomène que par la gravité de ses conséquences à court et long termes, les mauvais traitements envers les enfants constituent un problème sérieux de société. Selon le Groupe de recherche et d'action sur la victimisation des enfants et l'Alliance de recherche pour le développement des enfants dans leur communauté, « tous les enfants ont droit à un développement optimal et à la protection contre les menaces à leur développement le plus tôt possible dans leur vie et, le cas échéant, le plus tôt possible dans la manifestation d'une menace » (GRAVE-Ardec, 2002). En outre, « le soutien et la protection offerts aux enfants devraient être fondés sur les meilleures connaissances disponibles » (GRAVE-Ardec, 2002). On s'attend en effet de plus en plus à ce que l'intervention et les politiques en protection de l'enfance soient basées sur des données probantes (Macdonald, 2001). Aux plans social, financier, clinique et éthique, nous avons la responsabilité de poser un regard critique sur nos interventions. L'évaluation joue un rôle crucial à cet égard. Le présent document souhaite donc rendre accessible les informations scientifiques à propos de l'efficacité des interventions en protection de l'enfance.

D'excellentes recensions critiques sur l'efficacité des interventions promotionnelles et préventives sont maintenant disponibles (voir notamment les travaux de Cox, 1997; MacIntyre et Carr, 2000; MacMillan et ses collègues, 1994a et 1994b; Olsen et Widom, 1993; Prilleltensky et ses collègues, 2001; Wolfe et Wekerle, 1993; Wolfe, Reppucci et Hart, 1995). Toutefois, à notre connaissance, personne n'a encore proposé une synthèse critique exhaustive des connaissances sur l'efficacité des interventions mises en place à la suite d'un épisode de mauvais traitement, ou ce qui est parfois désigné comme la prévention tertiaire (Orford, 1992). Certes, des recensions existent, mais elles se limitent généralement à un type d'abus, une cible d'intervention (victimes, parents ou familles) ou à un type d'intervention (behavioriste, préservation, etc.).

Afin de pallier cette lacune, le présent document propose une synthèse critique des recensions portant sur l'efficacité des interventions visant la protection ou l'amélioration du bien-être des enfants signalés ou pris en charge par les services de protection de la jeunesse. Compte tenu des enjeux actuels sur l'importance de maintenir, lorsque c'est possible, les liens entre l'enfant et sa famille biologique, nous avons limité notre attention aux pratiques qui favorisent la continuité des relations familiales. C'est pourquoi les interventions retenues doivent se réaliser alors que les enfants vivent avec leurs parents ou encore viser la réunification d'enfants placés avec leurs parents biologiques. Cette préoccupation a été jugée prioritaire par un comité pancanadien d'experts et par les directeurs de la protection de la jeunesse à qui le Centre d'excellence pour la protection et le bien-être des enfants avait soumis une liste de thèmes de travaux possibles.

La première section du présent document présente la méthodologie retenue pour sélectionner les textes analysés. Les résultats sont ensuite organisés en trois sections : les interventions

destinées aux enfants victimes, celles destinées aux parents et celles destinées à l'ensemble de la famille. Nous verrons que les informations disponibles, fragmentaires, ne permettent pas de se prononcer de manière définitive sur l'efficacité des interventions. La discussion qui suit propose notamment une analyse écologique des indicateurs utilisés dans les évaluations. Elle souligne aussi les limites méthodologiques des évaluations recensées. La dernière section propose des recommandations destinées aux milieux d'intervention, de recherche ainsi qu'à l'ensemble des acteurs concernés par la protection et le bien-être des enfants. La bibliographie annotée en appendice présente finalement les caractéristiques et les principaux résultats des recensions et études individuelles analysées.

Méthodologie

Des recherches dans les bases bibliographiques informatisées (PsycINFO, Sociological Abstracts, MedLine et Social Work Abstracts) ont permis le repérage des 50 recensions d'études évaluatives et les sept études évaluatives individuelles analysées dans le présent document. La réflexion vise en premier lieu les recensions portant un regard critique sur l'efficacité des interventions en protection de l'enfance; seules les études évaluatives individuelles plus récentes que la dernière recension repérée et portant sur la même clientèle cible ont été ajoutées. Pour être retenues, les recensions devaient répondre aux critères suivants :

- a) **Date de publication** : entre 1984 et 2002.
- b) **Nature des mauvais traitements** : au moins un épisode d'abus sexuel, d'abus physique, d'abus psychologique, d'exposition à la violence conjugale ou de négligence a été signalé, soupçonné ou confirmé chez les familles participantes. Les interventions destinées aux familles dites « à risque » de mauvais traitements, de même que les projets de prévention des mauvais traitements ou de promotion du bien-être des enfants sont donc exclus.
- c) **Nature des interventions** : activités visant la protection ou l'amélioration du bien-être des enfants maintenus dans leur milieu familial naturel, ou encore visant la réunification d'enfants placés à court terme avec leurs parents biologiques. Les interventions auprès de familles d'accueil, d'enfants placés à long terme ou adoptés, etc. sont exclues.
- d) **Participants** : Les interventions sont destinées directement aux victimes âgées entre 0 et 17 ans, à leurs parents (agresseurs ou non) ou aux familles. Conséquemment, on n'a pas retenu les travaux portant sur les répercussions de politiques sociales ou sur l'efficacité du système de protection de l'enfance (nombre de signalements retenus, d'adoptions, de placements, changements de procédures à l'évaluation des signalements, etc.).
- e) **Nature des évaluations d'efficacité** : enfin, les documents retenus témoignent d'une démarche systématique et rigoureuse visant l'identification d'effets attribuables à l'intervention mise en place. Les protocoles d'évaluation peuvent reposer sur des devis expérimentaux, quasi expérimentaux ou non expérimentaux; il peuvent utiliser des données qualitatives, quantitatives ou mixtes. Cependant, des données « impressionnistes », basées sur des jugements cliniques plutôt que sur une collecte systématique d'informations, ne sont pas retenues. Les évaluations de processus et d'implantation sont également exclues de la présente analyse.

Résultats

Les résultats sur l'efficacité des interventions en protection de l'enfance sont organisés en trois sections : les interventions destinées aux enfants victimes, celles destinées aux parents et celles destinées à l'ensemble de la famille. Chaque fois, une description des interventions et de leurs postulats précède un bilan des connaissances sur leur efficacité.

La bibliographie annotée en appendice présente, selon l'ordre alphabétique des auteurs, les caractéristiques et les principaux résultats des recensions et études individuelles analysées. À l'appui de chacune des sections, les tableaux 1 à 3 reprennent les mêmes documents selon les participants (enfants, parents ou familles). Chacun de ces tableaux est organisé en fonction du type d'intervention et du type d'abus. Pour chaque publication, on précise le nombre d'études évaluatives recensées (n), l'efficacité globale (sur une échelle à cinq points, i.e. ++ = effets très positifs; + = effets positifs modérés; +/- = effets mitigés; - = effets négatifs modérés; -- = effets très négatifs) ainsi qu'un jugement sur la qualité de la recension (1=excellent, i.e. inclusion de tableaux descriptifs des études évaluatives recensées ou présence de critères explicites d'inclusion et d'exclusion; 2=les autres recensions; N.A.= ne s'applique pas aux études évaluatives individuelles). Afin de les distinguer des recensions, les cellules des études évaluatives individuelles sont désignées par un astérisque.

2.1 Efficacité des interventions destinées aux enfants

Après analyse des données cliniques et empiriques sur les caractéristiques des enfants maltraités, Wolfe et Wekerly (1993, p.478) postulent que l'intervention auprès de cette clientèle doit répondre à quatre types de besoins : « 1. Lacunes au niveau de la sensibilité sociale et du développement de relations interpersonnelles, comprenant les problèmes liés à l'incapacité de former des liens, le développement de l'empathie et de l'expression affective; 2. Développement cognitif et moral, notamment le manque de discernement social et la performance scolaire; 3. Problèmes de maîtrise de soi et d'agressivité ; 4. Sécurité et protection.» Dans cette section, nous verrons que les interventions recensées se concentrent surtout sur les premier et troisième aspects soulevés par Wolfe et Wekerly. Quant à leur efficacité, elle est encore peu évaluée et l'information disponible concerne surtout les victimes d'abus sexuel. Il semble cependant que, bien que des effets positifs soient observés, certains aspects des comportements et des cognitions semblent plus résistants au changement, et on a même constaté des effets négatifs, tels la colère.

2.1.1 Interventions de groupe

Les interventions de groupe destinées aux enfants agressés constituent le type d'intervention le plus évalué, tout juste avant les interventions individuelles (voir Tableau 1 : Recensions des

interventions destinées aux enfants). Elles sont surtout utilisées dans les cas d'abus sexuel, d'abus physique ou d'abus non spécifié. Les 20 recensions étudiées, dont la moitié sont d'excellente qualité, rapportent chacune les résultats d'entre 1 et 20 études évaluatives. Une étude évaluative individuelle complète les sources de données pour les interventions en abus sexuel.

2.1.1.1 Postulats et description des interventions

Selon Reeker, Ensing et Elliott (1997), les interventions de groupe destinées aux enfants agressés se justifient par le fait que les sentiments d'isolement et de stigma social peuvent être abordés plus efficacement en groupe qu'individuellement, d'une part, et pour des considérations d'efficacité aux plans des coûts et de la quantité de travail, d'autre part. Sturkie (1992) considère ce type d'intervention particulièrement pertinent en abus sexuel, car il contourne les éléments potentiellement stressants de la thérapie individuelle de diverses manières : un espace moins intrusif, plus égalitaire et favorisant davantage l'expression saine d'affection physique. Le groupe peut enfin devenir un lieu de stabilité et de soutien social alors que les autres milieux de vie (famille, amis, école, etc.) sont susceptibles d'être bouleversés par des changements. On postule que le soutien social a en soi des effets bénéfiques qui s'ajoutent aux effets thérapeutiques de l'intervention en diminuant la résistance au traitement (Silovsky et Hembree-Kigin, 1994). Les groupes d'intervention ne sont cependant pas appropriés pour tous les enfants, dont ceux ayant très peu de contrôle de soi et ceux présentant des retards sévères de développement (Silovsky et Hembree-Kigin, 1994).

Bien qu'il existe différentes approches d'intervention en groupe, les modèles présentent en général plus de similitudes que de différences; les différences résident davantage dans les thèmes abordés et l'âge des clients (Sturkie 1992). Peu d'*a priori* philosophiques ou théoriques ont présidé à l'élaboration des modèles d'intervention de groupe. Ils se basent davantage sur les connaissances cliniques dans le champ de l'abus que sur des théories générales du comportement humain telles le behaviorisme, la psychodynamique ou la théorie des systèmes familiaux (Sturkie 1992).

Sturkie (1992) identifie cinq modèles d'intervention de groupe pour les enfants agressés sexuellement. D'abord, le groupe traditionnel, où le thérapeute constitue un facilitateur non directif centré sur le processus. Dans la deuxième catégorie, l'accent est mis sur le développement et le jeu davantage que sur les problèmes vécus. Le groupe structuré présente quant à lui un plus grand niveau d'organisation et de directivité : les thèmes abordés sont déterminés à l'avance et l'animateur est bien davantage qu'un facilitateur du processus. Les groupes de thérapie par l'art s'organisent autour du médium de communication (ex. : dessin, peinture, sculpture, etc.) plutôt qu'autour d'un contenu thématique. L'accent est mis ici sur l'expression indirecte et symbolique des idées et des émotions. Enfin, un dernier modèle propose des groupes parallèles aux enfants et aux parents non abuseurs dans lesquels les mêmes thèmes sont abordés dans une programmation très structurée. Dans le présent texte, ces dernières interventions sont abordées dans la section sur les interventions destinées au système familial.

Outre ces modèles d'intervention de groupe, le service de garde thérapeutique (*therapeutic day care*) propose un autre type d'options : on y fait diverses activités, telles de la stimulation et de la psychothérapie, dans un contexte d'activités de groupe ou avec les pairs. Ces activités sont parfois complétées par de la thérapie individuelle. Une telle intervention offre, tout comme un service de garde traditionnel, un lieu sécuritaire et structuré, mais elle dépasse les avantages d'un tel cadre dans la mesure où elle tente de pallier les retards de développement et les problèmes de comportements conséquents à l'abus (Daro et McCurdy, 1994).

Parmi les thèmes abordés en intervention de groupe, citons le sentiment d'être « sali » par l'abus, le sentiment de culpabilité et de responsabilité, la peur, la dépression, la faible estime de soi, les faibles habiletés sociales et les comportements sexuels inappropriés, la gestion de la colère, les habiletés d'adaptation et de résolution de problèmes. Les groupes peuvent être ouverts ou fermés. Selon Tourigny (1997), dans le cas de l'abus sexuel, les groupes s'adressent surtout aux filles et ils comprennent tous des enfants ayant été agressés sexuellement par un membre de leur famille (abus intra familiaux), 43 % d'entre eux incluant également des enfants agressés sexuellement par une tierce personne (abus extra familiaux). La grande majorité des thérapies de groupe dure six mois ou moins, soit 24 rencontres maximum, mais la participation réelle aux rencontres et le taux d'abandon sont très peu documentés (Tourigny, 1997).

2.1.1.2 Efficacité des interventions

Les recherches évaluatives suggèrent certaines améliorations aux plans cognitif et émotif chez les victimes d'abus sexuels après leur participation à une intervention de groupe. L'anxiété et la peur, la dépression, l'estime de soi, le sentiment de compétence et le concept de soi constituent des dimensions fréquemment évaluées. Le plus souvent, les études montrent des effets positifs, parfois même jusqu'à deux ans après l'intervention, mais de nombreuses études ne rapportent aussi aucun effet sur ces mêmes dimensions. En outre, certaines interventions ont permis d'augmenter les connaissances et la sensibilité des participants au sujet de la sexualité mais d'autres n'indiquent aucun changement à cet égard. Des interventions de groupe ont aussi permis de diminuer les symptômes de stress post-traumatique et les idéations suicidaires; la capacité à discuter de l'abus serait également améliorée.

Outre les changements cognitifs et émotifs, les interventions de groupe semblent relativement efficaces dans la modification du comportement des enfants agressés sexuellement. Les effets les plus importants seraient observés dans les problèmes de comportement, le fonctionnement adaptatif et les comportements sexuels inappropriés. Cependant, d'autres études suggèrent que les comportements sexuels inappropriés, la solitude et l'agressivité seraient plus résistants au changement; on observe même parfois une augmentation de ces symptômes à la suite de l'intervention. L'augmentation du sentiment de solitude observé chez les victimes est d'autant plus surprenant qu'un des avantages souvent invoqués pour recourir à la thérapie de groupe est précisément sa capacité à réduire l'isolement des victimes d'abus sexuels (Tourigny, 1997).

Certains effets positifs sont également observés chez les enfants victimes d'autres types d'abus. Ainsi des gains significatifs ont été observés dans toutes les sphères de leur développement chez

les enfants négligés (moteur, cognitif, social, émotif et au plan du langage). De plus, l'intervention de groupe auprès d'enfants témoins de violence domestique semble entre autres favoriser de meilleures attitudes et de meilleures réactions dans des situations conflictuelles, de meilleures habiletés d'auto-protection, une meilleure confiance en soi, de nouvelles amitiés et davantage d'expression des émotions et de partage des expériences personnelles. Ces enfants modifieraient aussi le sens qu'ils attribuent aux événements violents dont ils sont témoins, entre autres par une meilleure compréhension des dynamiques de la violence conjugale, par des changements dans leurs définitions de la violence et par des impressions plus favorables de leurs parents. Toutefois, à la suite de l'intervention, certains enfants semblent manifester de la colère envers le manque de soutien ou de cohérence perçu chez leur mère. Comme ailleurs, il faut cependant souligner que les études mentionnées dans ces recensions présentent des limites méthodologiques telles l'absence de groupe de comparaison ou de mesures de certains symptômes.

Les études évaluatives montrent des changements comparables chez les victimes d'autres types d'abus. Ainsi les enfants d'âge préscolaire fréquentant des centres de garde thérapeutiques diminuent leurs comportements violents et agressifs (externalisation) ainsi que leurs comportements d'internalisation. Les interventions de groupe semblent en outre efficaces au plan social, notamment dans l'amélioration des habiletés sociales et dans la capacité de susciter des échanges avec les pairs; on observe toutefois une diminution dans les échanges avec les adultes.

En conclusion, les évaluations tendent à démontrer une certaine efficacité des interventions de groupe auprès des enfants maltraités. Cependant les résultats disponibles concernent surtout l'abus sexuel et même dans ce domaine les informations restent fragmentaires (Reeker, Ensing et Elliott, 1997), les améliorations modestes et les limites méthodologiques nombreuses (Silovsky et Hembree-Kigin, 1994). Néanmoins, certains enfants présentent même une détérioration de leur fonctionnement (Tourigny, 1997). Pour les autres types d'abus, notamment la négligence, l'abus physique et l'exposition à la violence conjugale, l'efficacité reste encore largement à démontrer (Daro et McCurdy, 1994; Kolko, 1998).

2.1.2 Interventions individuelles

Les interventions individuelles constituent le second type d'interventions le plus évalué (voir Tableau 1 : Recensions des interventions destinées aux enfants). Elles sont surtout utilisées dans les cas d'abus sexuel ou d'abus non spécifié. En fait, comme le soulignent Becker et Bonner (1998), le traitement des enfants agressés sexuellement a reçu beaucoup plus d'attention dans la dernière décennie que le traitement des enfants agressés physiquement. Les 16 recensions étudiées, dont environ la moitié étaient d'excellente qualité, rapportent chacune les résultats d'entre 2 et 10 études évaluatives.

2.1.2.1 Postulats et description des interventions

Selon Howing et ses collègues (1989), la thérapie individuelle constitue souvent le mode privilégié d'intervention, car elle s'ajuste aisément aux besoins spécifiques et à l'âge de l'enfant

maltraité. Dans le cas d'abus sexuel, les postulats et les stratégies cliniques découlent des interventions auprès de survivants adultes et tentent d'intégrer diverses étapes clés du processus thérapeutique comme le traumatisme, le traitement et la guérison (Kolko, 1998). D'une manière similaire, on a adapté les thérapies cognitives-behaviorales aux situations d'abus sexuel envers les enfants, car elles se sont avérées efficaces chez des adultes présentant un syndrome de stress post-traumatique (King et al., 1999).

La thérapie par le jeu est favorisée auprès des plus jeunes victimes. Cette approche, qui tire profit du mode naturel d'expression de l'enfant, lui permettrait d'explorer diverses émotions telles la peur, la confusion et la colère dans un environnement thérapeutique soutenant (Howing et al., 1989). Pour les autres enfants, la thérapie individuelle vise surtout à favoriser l'exploration des événements traumatiques et l'expression des émotions par différentes stratégies telles les échanges directs sur l'événement traumatisant, la gestion du stress, l'art, la thérapie par le drame (*drama therapy*), l'écriture, des exercices d'estime de soi et la bibliothérapie. La pharmacothérapie est aussi utilisée dans certaines circonstances (Kaplan, Pelcovitz et Labruna, 1999). La zoothérapie, qui consiste à utiliser des animaux comme compléments à la relation avec le thérapeute, a également été expérimentée auprès d'enfants agressés (Mallon, 1992). Comme avec les parents, les interventions cognitives-behaviorales sont courantes avec les enfants, dont la correction de cognitions et d'attributions erronées. On rapporte également le recours à l'approche psychodynamique et aux interventions axées sur le développement d'habiletés avec les enfants agressés physiquement. D'une manière générale cependant, il y a peu de modèles développés spécifiquement pour cette population; on privilégie généralement des actions directes qui visent la modification des comportements abusifs des parents (Kolko, 1998).

2.1.2.2 Efficacité des interventions

Les changements observés à la suite des interventions individuelles auprès d'enfants agressés sont plutôt de l'ordre des cognitions, des émotions et des comportements. Au plan des cognitions et des émotions, les améliorations constatées empiriquement dans les situations d'abus sexuel incluent une meilleure estime de soi, un plus grand sentiment de maîtrise de soi, une meilleure compétence sociale, plus de confiance en soi, moins d'anxiété, d'hostilité et de dépression, et des symptômes de stress posttraumatique. Certains de ces acquis se maintiennent dans le temps, mais plusieurs enfants n'accèdent toutefois pas à un fonctionnement normal. Les résultats de diverses études évaluatives sont contradictoires au sujet des préoccupations d'ordre sexuel, de la colère et de la dissociation, certaines montrant des améliorations suite à l'intervention et d'autres pas. Des effets négatifs sont rarement rapportés; cependant une recherche constate une augmentation de comportements de soumission chez l'enfant.

Les interventions individuelles auprès des enfants agressés sexuellement produisent également des améliorations comportementales. Ainsi, les enfants auraient un meilleur comportement général ou amélioreraient les comportements ciblés par l'intervention. On note par exemple une baisse des problèmes de comportements sexuels, des comportements d'internalisation, des comportements d'externalisation et d'automutilation ainsi qu'une amélioration de l'ajustement social, des relations

avec les pairs et de la qualité du sommeil. Ici aussi, certains acquis se maintiennent dans le temps mais plusieurs enfants n'atteignent tout de même pas un fonctionnement normal. D'autres études ne montrent cependant aucun changement au niveau de comportement et une étude suggère un effet négatif, soit l'augmentation de la soumission chez l'enfant.

Pour les autres types d'abus, des changements comparables sont documentés aux plans des cognitions et des comportements. En ce qui concerne l'abus physique, on rapporte entre autres une amélioration des interactions prosociales, mais encore ici l'efficacité générale reste limitée. En ce qui concerne l'abus non spécifique, notons entre autres une amélioration du fonctionnement cognitif et de l'estime de soi. La pharmacothérapie semble en outre diminuer les symptômes d'agression, d'hypervigilance et les troubles de sommeil chez des victimes atteintes d'un syndrome de stress posttraumatique. Il est plutôt rare que les recherches comparent l'efficacité de diverses modalités d'intervention mais lorsque c'est le cas, les approches cognitives-behaviorales centrées sur l'abus sont généralement considérées plus efficaces que les approches non directive ou psychodynamique.

En conclusion, l'évaluation des interventions individuelles auprès d'enfants agressés sexuellement tendent à confirmer leurs répercussions positives, particulièrement au regard des problèmes de comportements (James et Mennen, 2001; Tourigny, 1997). L'approche cognitive-behaviorale semble la modalité la plus efficace (James et Mennen, 2001; Tourigny, 1997). Considérant le petit nombre d'études évaluatives ainsi que certaines limites méthodologiques, ces constats encourageants restent cependant préliminaires, car ils ne permettent pas d'affirmer avec certitude que les changements observés soient attribuables spécifiquement aux interventions. Les données empiriques soutenant l'efficacité des interventions individuelles sont encore plus rares pour les autres types d'abus que l'abus sexuel. En outre, la recherche sur l'efficacité de la pharmacothérapie et la zoothérapie commence tout juste, et selon O'Donohue et Elliot (1992) il y a trop peu d'informations disponibles à ce jour pour conclure à l'efficacité de la psychothérapie auprès des enfants agressés sexuellement.

2.1.3 Interventions non spécifiques / combinées

Les interventions non spécifiques et combinées constituent les types d'interventions destinées aux enfants les moins fréquemment rapportées dans les recensions étudiées (voir Tableau 1 : Recensions des interventions destinées aux enfants). Elles sont surtout mises en place dans les cas d'abus sexuel et d'abus physique. Les huit recensions étudiées, d'excellente qualité, rapportent chacune les résultats d'entre 1 et 10 études évaluatives.

2.1.3.1 Description des interventions

Les interventions comprises dans cette section sont de deux ordres. Les interventions sont qualifiées de « non spécifiques » si l'information disponible est insuffisante pour pouvoir la classer dans les autres catégories (i.e. interventions individuelles ou de groupe). Comme leur appellation l'indique, les interventions combinées proposent quant à elles un agencement d'au

moins deux types d'intervention ou de modalités par opposition aux sections précédentes, où seule l'intervention de groupe ou seule l'intervention individuelle était proposée. Par exemple, certaines interventions auprès d'enfants agressés sexuellement incluent diverses combinaisons des techniques suivantes : psychoéducation concernant l'abus sexuel et sa prévention, exploration de l'expérience d'abus, expression des émotions, thérapie par l'art, thérapie par le jeu, jeux de rôles, résolution de problèmes, exercices avec des marionnettes, écriture et gestion du comportement (Reeker, Ensing et Elliott, 1997).

2.1.3.2 Efficacité des interventions

Dans les recensions analysées, les informations disponibles sur l'efficacité des interventions non spécifiques ou combinées destinées aux enfants maltraités sont nettement plus fragmentaires que pour les autres types d'intervention. Il ressort tout de même certains effets au plan des cognitions et des émotions, dont l'amélioration de la confiance et de l'estime de soi ainsi qu'une diminution de l'anxiété et de la dépression. Des études montrent aussi une amélioration des habiletés en lecture, en mathématiques et du quotient intellectuel ainsi que de meilleures connaissances sur les maladies transmises sexuellement, la contraception et l'anatomie. Par contre, d'autres recherches ne montrent aucun changement sur certaines de ces dimensions (notamment l'anxiété et l'estime de soi).

Tout comme les effets sur les cognitions, c'est en abus sexuel que les changements comportementaux à la suite de ces types d'interventions sont les plus clairement rapportés dans les recensions consultées. Elles semblent entre autres avoir des répercussions positives sur les troubles de sommeil, l'énurésie et les problèmes de comportements. Les résultats sont contradictoires pour les problèmes d'externalisation (dont l'agressivité) et les comportements sexuels inappropriés; cependant ces problèmes semblent plus difficiles à modifier. Une étude ne rapporte aucun changement sur la solitude et une autre rapporte une augmentation de l'hostilité après l'intervention.

2.1.4 Conclusion

En bref, les informations disponibles à ce jour au sujet de l'efficacité des interventions auprès des enfants maltraités concernent surtout les victimes d'abus sexuel. D'une manière générale, ces connaissances sont encore fragmentaires et limitées compte tenu des limites méthodologiques évoquées antérieurement et dont nous ferons plus amplement état dans la discussion. Il semble que les interventions individuelles, de groupe et combinées puissent apporter certains changements positifs chez les victimes, tant au plan des cognitions (attitudes, représentations et connaissances) qu'au plan des comportements. Les résultats sont cependant contradictoires sur certaines dimensions et d'autres apparaissent plus difficiles à modifier, notamment le sentiment de solitude, l'agressivité ou les comportements sexuels inappropriés. Enfin, on a constaté une aggravation de symptômes chez certains participants.

Tableau 1 – Recensions des interventions destinées aux enfants

Types d'abus	Abus sexuel	Abus physique	Négligence	Non spécifique / plusieurs types d'abus	Exposition à la violence domestique et communautaire	
Intervention de groupe	Silovsky & Hembree-Kigin (1994) n=3; eff=+/-; qual=2	Feindler & Becker (1994) n=4?; eff=+; qual=2	Mannarino & Cohen (1990) n=1?; eff=+; qual=2	Wolfe & Wekerle (1993) n=4 eff=+; qual=1	Kolko (1998) n=3; eff=+/-; qual=2	
	Tourigny (1997) n=14; eff=+/-; qual=1	Oates & Bross (1995) n=2; eff=+; qual=1		MacMillan (2000) n=2; eff=+; qual=2		
	Sturkie (1992) n=2; eff=+; qual=2	James & Mennen (2001) n=4; eff=+/-; qual=1		Kaplan et al. (1999) n=1; eff=+; qual=2		
	Feindler & Becker (1994) n=2?; eff=+; qual=2			Stevenson (1999) n=2; eff=+/-; qual=1		
	Kolko (1998) n=19; eff=+/-; qual=2			Howing et al. (1989) n=21; eff=+/-; qual=2		
	Stevenson (1999) n=20; eff=+/-; qual=1			Berliner & Kolko (2000) n=1; eff=+; qual=1		
	O'Donohue & Elliott (1992) n=4; eff=+; qual=1			Fantuzzo (1990) n=4; eff=+; qual=1		
	Finkelhor & Berliner (1995) n=16; eff=+/-; qual=1			Daro & McCurdy (1994) n=11; eff=+; qual=2		
	Nurcombe et al. (1999) n=4; eff=+; qual=1					
	Reeker, Ensing, & Elliott (1997) n=5; eff=+; qual=1					
	Kruczek & Vitanza (1999)* n=1; eff=+/-; qual=N.A.					
	Intervention individuelle	Tourigny (1997) n=7; eff=+; qual=1	Kolko (1998) n=5; eff=+/-; qual=2		Mallon (1992) n=7; eff=+; qual=2	
		Becker & Bonner (1998) n=7?; eff=+; qual=2	James & Mennen (2001) n=7; eff=+; qual=1		Kaplan et al. (1999) n=5; eff=+; qual=2	
Kolko (1998) n=8; eff=+; qual=2		Oates & Bross (1995) n=3; eff=+/-; qual=1		Howing et al. (1989) n=15; eff=+/-; qual=2		
Berliner & Kolko (2000) n=5; eff=+; qual=1				Stevenson (1999) n=6; eff=+/-; qual=1		
Stevenson (1999) n=10; eff=+/-; qual=1				Daro & McCurdy (1994) n=3; eff=+/-; qual=2		
King et al. (1999) n=6?; eff=+; qual=1						
MacMillan (2000) n=2; eff=+; qual=2						
James & Mennon (2001) n=2; eff=+; qual=1						
Saywitz et al. (2000) n=2?; eff=+/-; qual=2						
Finkelhor & Berliner (1995) n=5; eff=+/-; qual=1						
O'Donohue & Elliott (1992) n=6; eff=+; qual=1						

suite du tableau à la page suivante

Tableau 1 – Recensions des interventions destinées aux enfants suite de la page précédente

Types of d'abus Types d'intervention	Abus sexuel	Abus physique	Négligence	Non spécifique / plusieurs types d'abus	Exposition à la violence domestique et communautaire
Non spécifique / combinée	James & Mennen (2001) n=2; eff=-; qual=1	James & Mennen (2001) n=5; eff=+/-; qual=1		Fantuzzo (1990) n=5; eff=+/-; qual=1	
	Finkelhor & Berliner (1995) n=7; eff=+/-; qual=1	Oates & Bross (1995) n=1; eff=+/-; qual=1			
	Saywitz et al. (2000) n=10?; eff=+/-; qual=2	Mannarino & Cohen (1990) n=1?; eff=+; qual=2			
	Reeker, Ensing & Elliott (1997) n=10; eff=+; qual=1				
	Stevenson (1999) n=3; eff=+/-; qual=1				

Légende du tableau

- * = études évaluatives individuelles; les autres cellules désignent des recensions d'études évaluatives.
- n = nombre d'études évaluatives recensées (? = approximation)
- eff = efficacité globale
- ++ = effets très positifs
- + = effets positifs modérés
- +/- = effets mitigés
- = effets négatifs modérés
- = effets très négatifs
- qual = qualité de la recension
- 1 = excellent, i.e. inclusion de tableaux descriptifs des études évaluatives recensées ou présence de critères explicites d'inclusion et d'exclusion
- 2 = les autres recensions
- N.A. = ne s'applique pas aux études évaluatives individuelles

2.2 Efficacité des interventions destinées aux parents

À la suite de leur analyse des données cliniques et empiriques sur les caractéristiques des parents maltraitants, Wolfe et Wekerly (1993, p. 478) postulent que l'intervention auprès de cette clientèle doit répondre à cinq types de besoins : « 1) Symptômes de détresse psychologique, difficultés d'apprentissage, ou des problèmes de personnalité qui limitent la capacité d'adaptation et d'ajustement des adultes; 2) Irritabilité et réactions promptes face à la provocation des enfants, et manque de maîtrise de la colère et de l'hostilité; 3) Méthodes d'enseignement, de discipline et de stimulation inadéquates et déplacées; 4) Perceptions et attentes envers les enfants qui sont basées sur des croyances rigides et limitées de l'éducation des enfants; 5) Mode de vie et habitudes négatives liés à la consommation d'alcool ou de drogues, à la prostitution et à des sous-groupes qui nuisent à la relation parent-enfant. ». Dans cette section, nous verrons que les interventions ne visent pas également tous ces besoins. Quant à leur efficacité, encore peu évaluée, elle reste encore largement à démontrer bien que la plupart des interventions soient prometteuses dans la mesure où de modestes changements favorables sont observés chez les participants.

2.2.1 Interventions behaviorales, cognitives et cognitives-behaviorales

Les interventions behaviorales et cognitives-behaviorales constituent de loin le type d'interventions destinées aux parents maltraitants le plus évalué (voir Tableau 2 : Recensions des interventions destinées aux parents). Elles sont surtout utilisées dans les cas d'abus physique ou d'abus non spécifié. Les 17 recensions étudiées, dont plus de la moitié étaient d'excellente qualité, rapportent chacune les résultats d'entre 2 et 31 études évaluatives. Trois études évaluatives complètent les sources de données pour les interventions en abus sexuel.

2.2.1.1 Postulats et description des interventions

Wolfe et Wekerly (1993) identifient trois catégories d'interventions faisant appel aux méthodes cognitives-behaviorales auprès des parents maltraitants : les interventions behaviorales, les interventions cognitives et les interventions cognitives-behaviorales. Les interventions behaviorales postulent que le comportement, qu'il soit adapté ou non, est appris (Thomlison, 1990). Les parents renforceraient par inadvertance les comportements inadéquats de leur enfant tout en omettant de renforcer les comportements souhaités; ce sont ces patrons d'interactions qui induiraient une escalade coercitive susceptible de dégénérer en abus physique (Corcoran, 2000). Ces interventions font appel aux principes du conditionnement opérant et de l'apprentissage social pour améliorer les habiletés des parents à gérer le comportement de l'enfant : renforcements positifs et négatifs, extinction, contingences, modelage, etc. (Altepeter et Walker, 1992; Corcoran, 2000; Wolfe et Wekerle, 1993). Les techniques utilisées auprès d'abuseurs sexuels comprennent en outre le biofeedback, les stimulations aversives et le conditionnement de l'excitation sexuelle (Becker et Hunter, 1992). Les interventions dans les situations d'abus physique et de négligence sont généralement courtes, soit entre 8 et 12 sessions, et sont administrées en groupe ou individuellement (Corcoran, 2000). En abus sexuel, elles varient entre 1 jour et 18 mois (Becker et Hunter, 1992).

Les interventions cognitives visent quant à elles la prise de conscience des parents et l'amélioration de leurs mécanismes d'adaptation (*coping*) par la régulation des cognitions, dont les attentes irréalistes et les attributions qui sous-tendent les comportements maltraitants (Feindler et Becker, 1994). Le recadrage cognitif, le contrôle de soi et de l'impulsivité, la gestion de la colère et du stress, les connaissances sur le développement des enfants constituent les buts les plus couramment poursuivis dans ce contexte (Schellenbach, 1998; Wolfe et Wekerle, 1993). Enfin, les interventions cognitives-behaviorales visent à la fois l'amélioration des habiletés et des mécanismes d'adaptation.

2.2.1.2 Efficacité des interventions

Toutes les études portant sur l'efficacité des interventions behaviorales, cognitives et cognitives-behaviorales en abus physique, psychologique et en négligence rapportent des changements positifs immédiatement après l'intervention, et quelques-unes montrent également un maintien des acquis quelques mois après la fin des activités. La forte majorité des répercussions rapportées concerne la modification des habiletés ou comportements parentaux, le postulat étant que les familles démontrant davantage d'habiletés parentales sont moins à risque de mauvais traitements (Lovell,

1988). Une augmentation des réponses verbales positives, du renforcement des comportements souhaités, de l'obéissance de l'enfant, de la qualité des interactions entre parents et enfants, des habiletés de gestion de la vie familiale et des repas constituent des exemples d'acquisition ou d'amélioration de comportements parentaux à la suite des interventions behaviorales et cognitives-behaviorales. À l'inverse, la diminution des comportements aversifs ou coercitifs, de l'agression, de la punition physique illustrent des comportements parentaux ayant diminués après les interventions. Beaucoup plus rarement, on utilise des indicateurs d'efficacité relatifs aux émotions et aux cognitions tels les habiletés d'adaptation, le contrôle de la colère, l'irritabilité ou la détresse parentales pour évaluer des changements à ces niveaux. Enfin, peu d'études évaluatives mesurent la récurrence des mauvais traitements ou le placement comme indicateur d'impact.

Les évaluations d'interventions behaviorales et cognitives-behaviorales auprès d'abuseurs sexuels rapportent des changements de comportements tels la baisse des pulsions, de l'excitation et des comportements pédophiles ainsi qu'un faible taux de récidivisme. Une étude évaluative auprès d'agresseurs extrafamiliaux détenus dans une institution à sécurité maximale suggère cependant de hauts taux de récidivisme après une intervention behaviorale aversive. Enfin, très peu d'interventions auprès des parents non abusifs dans des situations d'abus sexuel ont été évaluées et les résultats sont contradictoires. Ainsi, l'évaluation d'un programme montre que les participantes sont davantage susceptibles de manifester des réponses soutenantes à leur enfant abusé sexuellement après leur participation au projet. Un autre projet ne met pas en évidence de changement dans le niveau de détresse, les auto-évaluations négatives, les habiletés de résolution de problèmes et la gestion de la colère des participants ni dans l'ajustement comportemental de leur enfant agressé.

À l'instar de la majorité des auteurs des recensions étudiées, il faut cependant nuancer ces résultats par ailleurs encourageants et se garder de conclure à l'efficacité universelle des interventions behaviorales et cognitives-behaviorales destinées aux parents maltraitants jusqu'à ce que d'autres recherches évaluatives rigoureuses se penchent sur cette question. En effet, même si toutes les études évaluatives rapportent des changements positifs, elles sont somme toute peu nombreuses et caractérisées par les mêmes limites méthodologiques importantes que les autres études évaluatives recensées (voir détails dans la discussion). Le lien entre l'acquisition d'habiletés parentales et la diminution du risque d'un nouvel abus reste à démontrer (Schellenbach, 1998). De plus, elles concentrent leur action exclusivement sur le parent et la famille, ce qui suggère à Gaudin et Kurtz (1985) que ces interventions peuvent être nécessaires mais non suffisantes pour intervenir dans des situations d'abus familial. En effet, l'isolement social, les pressions environnementales, les habiletés d'adaptation personnelles limitées et de faibles ressources personnelles peuvent entraver l'efficacité à long terme de telles interventions (Lovell, 1988). Selon certains (Alterpeter et Walker, 1992; Wolfe et Wekerle, 1993), ces interventions restent tout de même les plus prometteuses pour agir auprès de parents maltraitants, surtout considérant que leur efficacité est maintenant largement démontrée auprès d'autres populations, dont les parents d'enfants présentant des problèmes sérieux de comportements (Morrisson Dore et Lee, 1999).

2.2.2 Interventions visant le soutien et l'intégration sociale

Les interventions visant le soutien et l'intégration sociale constituent le second type d'interventions destinées aux parents maltraitants le plus évalué (voir Tableau 2 : Recensions des interventions destinées aux parents). Elles sont surtout utilisées dans les cas d'abus physique, de négligence ou d'abus non spécifié. Les 11 recensions étudiées, d'excellente qualité, rapportent chacune les résultats d'entre 1 et 16 études évaluatives. Une étude évaluative individuelle est aussi incluse dans les sources de données pour les interventions en abus sexuel.

2.2.2.1 Postulats et description des interventions

Certaines interventions destinées aux parents maltraitants s'attaquent à l'isolement social, considéré comme un facteur de risque important pour les mauvais traitements envers les enfants (Corcoran, 2000). Selon Schellenbach (1998), le soutien social formel et informel agirait à la fois directement et indirectement pour réduire les risques de mauvais traitements. L'effet direct et l'effet tampon du soutien social sont largement documentés dans les écrits scientifiques (Orford, 1992). Ainsi, l'entourage peut contribuer à modifier directement les pratiques parentales inappropriées mais aussi à fournir un soutien émotif pouvant réduire l'effet du stress sur le parent, diminuant ainsi (du moins théoriquement) les risques d'abus et de négligence.

Pour DePanfilis (1996), toute intervention visant au moins partiellement à briser l'isolement social, la solitude ou les déficits dans le réseau social des familles peut être considérée une intervention visant le réseau et l'intégration sociale. Ce type d'intervention inclut le soutien individuel, où des bénévoles, des parents ou d'autres aidants naturels apportent différents types d'aide à des familles en difficulté. Leurs activités couvrent un large spectre de soutien, dont le transport, le soutien dans les tâches domestiques, la résolution de problèmes, et peuvent servir de modèles pour le soin des enfants et le soutien émotif (DePanfilis, 1996; Gaudin, 1993; Stevenson, 1999).

Les groupes de soutien réunissent pour leur part des parents qui éprouvent les mêmes difficultés afin de s'offrir du soutien mutuel, de partager leurs préoccupations et de résoudre leurs difficultés (DePanfilis, 1996; Stevenson, 1999; Winton, 1990). Les objectifs poursuivis sont souvent larges et peu spécifiques. Outre les habiletés parentales, on vise entre autres le développement de l'estime de soi, d'attentes réalistes par rapport aux enfants et d'un réseau de soutien, l'acquisition de saines habitudes nutritionnelles et de santé et la gestion des émotions (Gaudin et Kurtz, 1985; Winton, 1990). Selon Gaudin et Kurtz (1985), ces groupes de soutien, en mettant davantage l'accent sur la prévention secondaire au détriment du traitement, visent des parents dont l'histoire d'abus est moins chroniques alors que les interventions comportementales, basées sur les principes de l'apprentissage social, ciblent davantage des parents dont la situation est plus problématique.

2.2.2.2 Efficacité des interventions

D'une manière générale, l'évaluation des interventions visant le réseau et l'intégration sociale montre des résultats positifs mais modestes, quoique parfois on ne remarque pas de changements

sur certains indicateurs d'impact. Il semble que ces interventions enrichissent davantage les interventions traditionnelles (Corcoran, 2000; Gaudin, 1993). Parmi les changements observés, notons une amélioration de la taille du réseau informel ainsi que de l'utilisation du réseau formel. Au plan des habiletés parentales, des évaluations documentent entre autres de meilleurs soins aux enfants, davantage d'empathie à leur égard, des attentes plus réalistes, de meilleures habiletés d'adaptation, une plus grande connaissance des alternatives à la punition physique et plus de confiance en soi. L'expérience directe du soutien social peut être associée directement à une diminution des mauvais traitements pour les pères, alors que les mères en bénéficient seulement lorsqu'elles vivent un haut niveau de stress (Schellenbach, 1998). Gaudin (1993) souligne que, pour être efficace, de telles interventions doivent être pairées avec une intervention intensive individuelle et de l'aide tangible. Il est de plus essentiel que les paraprofessionnels qui offrent le soutien aux familles soient bien formés et supervisés, en plus d'avoir des rôles et des tâches clairement définis.

Bien qu'encourageants, ces résultats doivent être gardés en contexte et vus comme prometteurs plutôt que définitifs. En effet, aucun changement n'est constaté pour une bonne partie des participants (Gaudin, 1993), et même avec les améliorations modestes constatées auprès des autres, les parents restent souvent dans des zones de fonctionnement sous la normale (Corcoran, 2000). Une majorité de parents sont impliqués dans au moins un incident de mauvais traitement durant l'intervention et sont jugés à risque d'abuser ou de négliger à nouveau leurs enfants dans le futur (Corcoran, 2000). Les taux de décrochage des participants sont aussi élevés (35 % dans un projet cité par Corcoran, 2000). Il faut enfin souligner que l'évaluation d'interventions visant l'amélioration du soutien social dans les cas de mauvais traitements envers les enfants est encore très rares (Lovell, 1988) et que plusieurs limites méthodologiques obligent à la prudence dans l'interprétation des résultats (Gaudin et Kurtz, 1985). En fait, on n'a pas encore réussi à établir une relation explicite entre des changements au sein du réseau social et la diminution des incidents de mauvais traitements (Schellenbach, 1998).

2.2.3 Interventions par cas (Casework)

Les interventions par cas constituent un des types d'interventions destinées aux parents maltraitants le moins évalué (voir Tableau 2 : Recensions des interventions destinées aux parents), bien qu'il s'agisse d'un mode d'action courant auprès de cette clientèle. Elles incluent les interventions thérapeutiques traditionnelles, gérées cas par cas (à l'exclusion des approches cognitives-behaviorales). Les 4 recensions étudiées, pour la plupart d'excellente qualité, rapportent chacune les résultats d'entre 3 et 6 études. Les résultats rapportés ne sont pas très détaillés. Malgré des taux non négligeables de récurrence des mauvais traitements, ils mettent en évidence une augmentation de renforcements positifs et une diminution des critiques envers l'enfant ainsi que de meilleures interactions entre parent et enfant.

2.2.4 Interventions par approches combinées

Avec les interventions par cas, les interventions par approches combinées constituent le type d'interventions destinées aux parents maltraitants le moins évalué (voir Tableau 2 : Recensions

des interventions destinées aux parents). Elles ont surtout été évaluées dans les cas d'abus physique ou psychologique. Les 3 recensions étudiées, dont 1 d'excellente qualité, rapportent les résultats d'entre 3 et 5 études évaluatives.

Iwaniec (1997) cite des interventions qu'il juge prometteuses pour développer l'attachement au sein de dyades parents-enfants dans les cas d'abus psychologiques, mais il ne fournit pas de précisions sur leur efficacité. Les interventions décrites encouragent les comportements physiques positifs, le jeu et les interactions structurées comme moyen de favoriser les liens entre parents et enfants.

Scott et Wolfe (2000), pour leur part, s'intéressent à l'efficacité d'interventions auprès d'hommes violents envers leurs conjointes ou leurs enfants, notamment l'arrestation et les interventions dans un contexte volontaire ou non volontaire. Ces interventions combinent diverses orientations théoriques dont l'approche féministe, les approches cognitives-behaviorales et psychothérapeutiques. Selon ces auteurs, aucune de ces interventions ne s'avère très efficace auprès des hommes violents envers les membres de leurs familles et les taux d'abandon sont élevés. De plus, les hommes ayant une histoire d'agression violente et d'abus envers les membres de leur famille seraient beaucoup plus susceptibles que les autres de poser de nouveaux actes violents dans l'avenir, et ce, qu'ils aient ou non été arrêtés ou fait l'objet d'intervention.

2.2.5 Conclusion

En bref, les interventions destinées aux parents abusifs et négligents sont encore peu évaluées et sujettes à d'importantes limites méthodologiques, ce qui empêche de tirer des conclusions définitives quant à leur efficacité. Comme plusieurs rapportent des progrès modestes chez une partie des participants, on peut néanmoins juger prometteuses la majorité des interventions évaluées. Même alors, le fonctionnement des parents reste cependant parfois en deçà d'un niveau de fonctionnement adéquat.

Tableau 2 – Recensions des interventions destinées aux parents

Types d'intervention	Types of d'abus	Abus sexuel	Abus physique	Négligence	Non spécifique / plusieurs types d'abus	Exposition à la violence domestique et communautaire				
Intervention comportementale / cognitive / cognitive-behavioral	Becker & Hunter (1992)	n=of reviews 32 + 7 ind. studies; eff=+/-; qual=1	Altepeter & Walker (1992)	n=15?; eff=+/-; qual=2	DePanfills (1996)	n=10; eff=+; qual=2	Iwaniec (1997)	n=9; eff=+; qual=2	Wolfe & Wekerle (1993)	n=11; eff=+; qual=1
	Jinich (1995)*	n=1; eff=+; qual=N.A.	Feindler & Becker (1994)	n=2?; eff=+; qual=2	Gaudin (1993)	n=10; eff=+; qual=1	Thomlison (1990)	n=3 reviews of 30 studies?; eff=+; qual=2		
	Jinich & Litrownik (1999)*	n=1; eff=+; qual=N.A.	Lovell (1988)	n=31; eff=+; qual=1	Morrison Dore & Lee (1999)	n=14?; eff=+; qual=1				
	Remer-Osborn (1993)*	n=1; eff=0; qual=N.A.	Schellenbach (1998)	n=11; eff=+/-; qual=1	Kaplan et al. (1999)	n=2; eff=+/-; qual=2				

suite du tableau à la page suivante

Tableau 2 – Recensions des interventions destinées aux parents suite de la page précédente

Types of d'abus / Types d'intervention	Abus sexuel	Abus physique	Négligence	Non spécifique / plusieurs types d'abus	Exposition à la violence domestique et communautaire
Intervention behaviorale / cognitive / cognitive-behavioral (suite)		Kaufman & Rudy (1991) n=6; eff=+; qual=2			Corcoran (2000) n=8; eff=+; qual=1
		Oates & Bross (1995) n=2; eff=+/-; qual=1			Gaudin & Kurtz (1985) n=8; eff=+; qual=1
					Stevenson (1999) n=5; eff=+/-; qual=1
Soutien social / Intégration social	Winton (1990)* n=1; eff=+/-; qual=N.A.	Lovell (1988) n=3; eff=+/-; qual=1	DePanfilis (1996) n=12; eff=+; qual=2		Wolfe & Wekerle (1993) n=1; eff=?; qual=1
	Becker & Hunter (1992) n=2; eff=+; qual=1	Oates & Bross (1995) n=2; eff=+/-; qual=1	Gaudin (1993) n=14; eff=+; qual=1		Gaudin & Kurtz (1985) n=4; eff=+; qual=1
		Schellenbach (1998) n=3; eff=+/-; qual=1			Stevenson (1999) n=2; eff=+/-; qual=1
					Howing et al. (1989) n=14; eff=?; qual=2
					Corcoran (2000) n=2; eff=+/-; qual=1
Intervention par cas (Casework)		Oates & Bross (1995) n=3; eff=+/-; qual=1	Gaudin (1993) n=5; eff=+/-; qual=1		Stevenson (1999) n=6; eff=+/-; qual=1
					Jones (1987) n=5; eff=+/-; qual=2
Intervention par approches combinées	Jones (1987) n=4; eff=+/-; qual=2	Scott & Wolfe (2000) n=4; eff=0; qual=1		Iwaniec (1997) n=4; eff=+; qual=2	Jones (1987) n=5; eff=+/-; qual=2
		Jones (1987) n=3; eff=-; qual=2			

Légende du tableau

* = études évaluatives individuelles; les autres cellules désignent des recensions d'études évaluatives.
n = nombre d'études évaluatives recensées (? = approximation)
eff = efficacité globale
++ = effets très positifs
+ = effets positifs modérés
+/- = effets mitigés
- = effets négatifs modérés
-- = effets très négatifs
qual = qualité de la recension
1 = excellent, i.e. inclusion de tableaux descriptifs des études évaluatives recensées ou présence de critères explicites d'inclusion et d'exclusion
2 = les autres recensions
N.A. = ne s'applique pas aux études évaluatives individuelles

2.3 Efficacité des interventions destinées aux familles

Après analyse des données cliniques et empiriques sur les caractéristiques des familles maltraitantes, Wolfe et Wekerly (1993, p. 478) postulent que l'intervention auprès de cette clientèle doit répondre à trois types de besoins concernant l'unité familiale ou le contexte : « 1. Dissension conjugale et/ou interactions familiales coercitives, et/ou un historique de partenaires masculins violents; 2. Problèmes économiques chroniques et les facteurs de stress socioéconomique qui y sont associés; 3. Isolement social et l'incapacité d'établir un réseau fiable de soutien social. ». Dans cette section, nous verrons que bien que certaines des interventions recensées s'adressant à l'ensemble de l'unité familiale visent la modification des interactions familiales, plusieurs visent

surtout à répondre aux besoins individuels des enfants et des parents (voir sections précédentes). Quant à leur efficacité, elle est encore peu évaluée, bien que davantage d'informations soient disponibles sur les interventions inclusives et celles visant la préservation de l'unité familiale. Les connaissances à ce jour concernent surtout les situations d'abus multiples ou non spécifiques. Malgré des tendances prometteuses, les résultats sont souvent mitigés, trop fragmentaires ou trop limités au plan méthodologique pour qu'il soit possible de tirer des conclusions claires et précises.

2.3.1 Interventions inclusives, multimodales ou combinées

Les interventions inclusives, multimodales ou combinées destinées aux familles constituent le type d'intervention le plus évalué (voir Tableau 3 : Recensions des interventions destinées aux familles). Elles sont utilisées dans les cas d'abus sexuel, d'abus physique, de négligence et d'abus non spécifié. Les 18 recensions étudiées rapportent chacune les résultats d'entre 1 et 17 études évaluatives. Les deux tiers des recensions étudiées sont d'excellente qualité.

2.3.1.1. Postulats et description des interventions

Dans le cadre du présent document, les interventions inclusives, multimodales ou combinées désignent des interventions comprenant des activités parallèles destinées aux enfants et aux parents ou encore à toute l'unité familiale. Elles comportent au moins deux modalités différentes (intervention de groupe ou individuelle, ligne téléphonique, suivi à domicile, etc.) et poursuivent généralement plusieurs objectifs, notamment les changements de cognitions et de comportements, parfois couplées à une meilleure utilisation des ressources du quartier. Les buts visés sont la prévention du placement ou de la récurrence des mauvais traitements. Les intervenants peuvent être seulement des professionnels ou impliquer également des non professionnels, qu'ils soient bénévoles ou rémunérés.

La logique qui sous-tend une intervention compréhensive, multimodale ou combinée est la suivante : un seul type d'intervention est insuffisant lorsque les familles cumulent de nombreux déficits et vivent de nombreuses difficultés (Gaudin, 1993). Pour aspirer à produire un changement dans ces familles, il est nécessaire de pouvoir compter sur une combinaison d'approches individuelles, familiales ou de groupes reposant sur un large éventail de modalités d'interventions dont de l'aide psychologique individuelle, des méthodes comportementales, de l'éducation parentale et de la thérapie familiale (Gaudin, 1993). Ces familles peuvent en outre bénéficier du soutien d'organismes communautaires. Bien que Gaudin (1993) énonce ces principes pour les familles négligentes, la logique de ces interventions est similaire pour les autres types de mauvais traitements.

Voici quelques illustrations d'interventions inclusives, multimodales ou combinées tirées des recensions consultées. En abus sexuel, des interventions combinent par exemple l'intervention de groupe, familiale, individuelle et l'éducation parentale; d'autres interventions de crise comprennent un accès à toute heure du jour à des services et des liens avec les autres organismes ainsi que des thérapies individuelles, familiales et de couples. La durée est fort variable, entre 2 et 24 mois pour les programmes de traitement ou combinaison de thérapies auprès des enfants et des parents recensés par Tourigny (1997).

Quant à l'abus physique, un programme de 9 mois propose par exemple aux enfants une intervention intensive de groupe, visant le soutien par les pairs et l'identification des émotions personnelles, conjuguée à diverses formes de thérapie dont le jeu et l'expression physique. Le programme comprend en outre des services aux parents comme de la thérapie individuelle, un groupe de soutien, de l'éducation parentale ainsi qu'une ligne téléphonique pour soutenir les familles en cas de crise.

En négligence, les programmes proposent notamment l'appui d'une famille soutien, du transport, des groupes de soutien pour les parents et les enfants, l'acquisition d'habiletés parentales, de communication et de gestion du stress pour les parents, des centres de jours thérapeutiques pour les enfants, des inscriptions à des centres communautaires de loisirs, etc. La majorité de ces programmes adopte une approche d'*empowerment* familial (DePanfilis, 1996).

Enfin, en abus non spécifique, le Project 12-Ways illustre bien une approche écobehaviorale où les problèmes « se produisent à l'intérieur d'un contexte multidimensionnel qui est plus large que la simple relation parent-enfant ou que la considération des antécédents et des conséquences » (Kaufman et Rudy, 1991, p. 86). L'intervention a lieu dans les contextes où les comportements se manifestent et visent à modifier la nature des influences réciproques entre l'environnement, l'enfant et les autres personnes. Les familles reçoivent aussi différents services, selon leurs besoins : relations entre parents et enfants, réduction du stress, affirmation de soi, contrôle de soi, habiletés sociales de base, loisirs, thérapie conjugale, suivi en toxicomanie, soutien social, habiletés dans la recherche d'emploi, gestion d'un budget, prévention auprès d'adolescentes enceintes, santé et nutrition, sécurité à la maison, et gestion du comportement dans divers sites comme l'école et le service de garde.

2.3.1.2 Efficacité des interventions

D'une manière générale, on a peu documenté l'efficacité des interventions inclusives, multimodales ou combinées, et lorsque c'est le cas, leurs effets semblent mitigés. Ainsi, à propos des enfants victimes d'abus sexuels, il y a plus d'études qui ne montrent pas d'effets que d'études qui montrent des effets positifs sur des dimensions telles l'anxiété, la dépression, l'estime de soi, le sentiment de compétence et l'isolement social (Tourigny, 1997). Dans un même sens, on a parfois mis en évidence l'amélioration des problèmes comportementaux et sexuels, mais d'autres recherches n'ont constaté aucun changement. Des évaluations ont même mis en lumière des effets négatifs dont l'augmentation des symptômes comme les problèmes de comportement, une faible estime de soi et la dépression. Peu d'informations sont disponibles dans les recensions consultées sur les changements observés auprès des parents ou du système familial. On sait tout de même que la dépression des mères est susceptible de diminuer et le soutien social de s'améliorer. Certaines études constatent une amélioration du fonctionnement familial, d'autres pas. La majorité des familles participantes ont jugé l'intervention aidante, bien que d'autres considèrent au contraire qu'elle a été néfaste.

Les résultats sont encore plus fragmentaires en abus physique. L'acceptation des enfants victimes par les pairs et par la mère, leur développement cognitif et socio-émotif, leur comportement et leur concept de soi se sont modestement améliorés après les interventions; toutefois la plupart des enfants sont souvent encore sous le seuil « normal » (Kolko, 1998). Par rapport aux parents et à la famille, certaines études ont montré des améliorations dans les relations entre parents et enfants. Notamment, les parents félicitent plus et critiquent moins leur enfant. Enfin, une étude met en évidence la réduction du nombre de placements chez le groupe qui bénéficie de l'intervention par comparaison au groupe témoin.

Quant à l'efficacité des interventions inclusives, multimodales ou combinées en négligence, James et Mennen (2001, p. 85) concluent que « l'ensemble des écrits scientifiques [...] suggère des avantages aux objectifs à court terme qui permettent de mettre en pratique les habiletés acquises comparativement à une approche plus générique, l'utilisation de groupes pour parents négligents comme moyen pour transmettre des informations de base, la résolution de problèmes et les habiletés sociales, et la participation de tous les membres de la famille plutôt que de se concentrer uniquement sur le parent principal. » Malgré ce bilan positif, ils soulignent cependant que les interventions ne réussissent qu'auprès de moins de 50 % des familles négligentes. Plus spécifiquement, DePanfilis (1996) rapporte chez les parents participants une meilleure motivation au changement, une diminution de l'isolement social, de meilleures pratiques éducatives et une meilleure hygiène personnelle. En outre, on a observé de meilleures habiletés cognitives, sociales et de langage chez les victimes ainsi qu'une réduction de la récurrence des mauvais traitements et du nombre de placements.

Enfin, les évaluations d'autres interventions auprès de familles maltraitantes ou négligentes montrent des gains chez les victimes : une amélioration dans le développement, des émotions plus positives, un meilleur fonctionnement général, un plus grand sentiment de compétence, une plus grande acceptation par les pairs et la mère, et moins de problèmes de comportements. Par contre, aucun changement n'est observé dans certains comportements d'externalisation dits « publics », tels les contacts avec les autorités policières, l'abus d'alcool ou de drogues ainsi que les comportements inadéquats à l'école. Chez les parents, on a notamment constaté une meilleure atteinte des objectifs d'intervention fixés par les parents eux-mêmes, moins de comportements inappropriés ou négligents, moins de détresse psychologique et de maux de tête et enfin une meilleure satisfaction conjugale. D'autres effets positifs concernent l'organisation familiale : plus de propreté et de sécurité à la maison ainsi qu'une meilleure planification et organisation des repas.

Bref, il est encore prématuré de tirer des conclusions définitives sur l'efficacité de ces stratégies puisque les informations disponibles sont trop fragmentaires. De plus, les limites méthodologiques observées limitent la fiabilité des constats. Bien que toutes les études n'abondent pas en ce sens, les modestes effets positifs constatés auprès de certaines familles restent encourageants. Cependant, selon Cohn et Daro (1987), les efforts d'intervention sont en général assez peu efficaces, car de nouveaux incidents d'abus et de négligence sont probables et ce, malgré des interventions massives, précoces et coûteuses.

2.3.2 Interventions visant la préservation de l'unité familiale

Les interventions visant la préservation de l'unité familiale constituent le second type d'interventions destinées aux familles maltraitantes le plus évalué (voir Tableau 3 : Recensions des interventions destinées aux familles). Elles sont surtout utilisées dans les cas d'abus non spécifié. Les 12 recensions étudiées, dont la moitié sont d'excellente qualité, rapportent chacune les résultats d'entre 1 et 22 études évaluatives.

2.3.2.1 Postulats et description des interventions

D'une manière générale, toutes les interventions recensées dans le présent document visent la préservation de l'unité familiale, dans la mesure où elles ont lieu alors qu'un épisode d'abus ou de négligence a été signalé mais que l'enfant est maintenu dans son milieu naturel. Cependant le sens attribué ici à « préservation de l'unité familiale », plus restrictif, désigne seulement les « brefs et intenses services offerts aux familles avec un ou plusieurs enfants à risque imminent d'être pris en charge » (Whittaker et Tracy, 1990, cités dans Blythe, Patterson et Jayaratne, 1994, p. 214). Il s'agit donc d'interventions de crise à domicile, centrée sur la famille et visant la prévention du placement des enfants (Courtney et al., 1996). Litell et Schuerman (1995) soulignent la diversité des interventions regroupées sous cette étiquette, notamment au regard de leur intensité, de leur durée, du modèle adopté et des objectifs poursuivis (accent mis sur la prévention du placement par opposition à d'autres objectifs tels l'amélioration du fonctionnement familial).

La majorité des interventions s'inspire du modèle Homebuilders (*voir* Blythe, Patterson et Jayaratne, 1994; Feindler et Becker, 1994; Smokowski et Wodarski, 1996). Typiquement, l'intervenant n'a la charge que de une ou deux familles à la fois, ce qui assure sa disponibilité en tout temps pour une durée variant entre quatre et six semaines. L'aide proposée combine généralement l'accès à des ressources concrètes, de l'aide psychologique, la mobilisation des forces de la famille et l'acquisition d'habiletés telles la communication, la prise de décisions et la gestion du comportement des enfants. La sécurité des enfants et des autres membres de la famille est une préoccupation constante.

2.3.2.2 Efficacité des interventions

Selon les évaluations disponibles, l'efficacité des interventions de préservation de l'unité familiale serait mitigée. Le peu d'effets constatés sur d'autres indicateurs que le placement suggère qu'elles aient peu d'influence sur la récurrence des mauvais traitements, bien qu'elles puissent produire des améliorations modestes et à court terme sur certains aspects du fonctionnement de l'enfant, de ses parents et de la famille. Des recherches montrent en effet des effets positifs modérés pour l'enfant sur le plan de l'assiduité et l'ajustement scolaires, des comportements délinquants, de l'hyperactivité, des difficultés avec les pairs et des comportements d'opposition. Les parents ont quant à eux de meilleures habiletés et connaissances relatives à leur rôle et ils utilisent davantage la discipline verbale que la punition physique. Au plan familial, on constate aussi des améliorations modestes dans les interactions

entre parents et enfants, la communication, la résolution de problèmes, le climat, le stress, les conditions de vie, le soutien disponible, le fonctionnement familial et l'utilisation des ressources de la communauté.

Parce que la prévention du placement constitue l'objectif principal de ce type d'intervention, les chercheurs ont souvent privilégié cet indicateur pour en mesurer l'efficacité (Litell et Schuerman, 1995), et ce bien qu'il ne permet pas d'évaluer l'ensemble des impacts (McCroskey et Meezan, 1998). D'une manière générale, les études non expérimentales montrent qu'une majorité de familles demeure intactes. Les recherches avec groupes de comparaison arrivent cependant à des résultats plus mitigés : certaines mettent en évidence un nombre de placement moindre alors que d'autres non. Une des explications invoquées pour justifier les taux relativement faibles de placement réfère à la difficulté de cibler des familles réellement à risque de placement imminent. On a tout de même démontré une plus grande tendance au placement dans les cas de négligence. Gaudin (1993) suggère que ces interventions pourraient en fait s'avérer plus efficaces dans les situations de négligence non chronique, associées à des situations de crise. L'évaluation d'un projet de préservation montre en outre qu'il y a eu moins de placement dans les familles afroaméricaines que dans les familles caucasiennes.

Peu d'études évaluatives se sont intéressées à l'effet de ces interventions sur la récurrence des mauvais traitements. Les données disponibles montrent cependant qu'elles ne diminuent pas les taux de récurrence plus que d'autres interventions, par ailleurs déjà relativement bas. Enfin, les informations à propos de l'efficacité de ces interventions sont rares et plutôt mitigées. Bref, à l'instar de McCroskey et Meezan (1998, p. 64), on peut conclure que, bien que les interventions visant la préservation de l'unité familiale aient une certaine valeur, « elles ne doivent pas être considérées comme des panacées qui pourraient résoudre tous les problèmes du système de protection de l'enfance ».

2.3.3 Thérapies familiales

Des chercheurs ont en outre évalué l'efficacité des thérapies familiales en contexte de maltraitance (voir tableau 3 : Recensions des interventions destinées aux familles). Elles sont surtout utilisées dans les cas d'abus sexuel ou d'abus physique. Les 11 recensions étudiées, dont environ la moitié sont d'excellente qualité, rapportent chacune les résultats d'entre 1 et 4 études évaluatives. Une étude évaluative individuelle complète les sources de données pour les interventions en abus physique.

2.3.3.1 Postulats et description des interventions

Dans des situations de mauvais traitements envers les enfants, la thérapie familiale vise généralement trois objectifs : « 1 – empêcher la récurrence des mauvais traitements, où le(s) parent(s) non abuseur(s) doit assumer la responsabilité de protéger l'enfant. 2 – faire en sorte que l'abuseur reconnaisse et assume l'entière responsabilité des mauvais traitements. 3 – rétablir une hiérarchie convenable au sein de la famille » (Silovsky et Hembree-Kigin, 1994, p. 3).

Même associée à d'autres interventions comme des interventions individuelles ou dyadiques, le recours à la thérapie familiale pour pallier les situations de mauvais traitements envers les enfants ne fait pas unanimité. Les tenants de cette approche invoquent que les relations dysfonctionnelles au sein de l'unité familiale, telles l'absence de frontières entre les enfants et les parents, les conflits entre les conjoints ou la pseudomaturité de l'enfant, seraient à la source des abus sexuels (Howing et al., 1989; Silovsky et Hembree-Kigin, 1994). Par contre, d'autres jugent que la thérapie familiale ne tient pas compte des besoins de l'enfant et qu'elle peut accentuer son sentiment de culpabilité et renforcer l'ambiguïté dans les rôles (Howing et al., 1989). Des arguments similaires remettent également en question la pertinence de ce type d'intervention auprès des familles où il y a abus physique : les relations égocentriques et destructives établies par les parents mineraient la capacité du thérapeute à intervenir auprès de ces systèmes familiaux.

2.3.3.2 Efficacité des interventions

Les informations disponibles sur l'efficacité de la thérapie familiale dans un contexte de mauvais traitements envers les enfants sont également fragmentaires et limitées par de nombreuses faiblesses méthodologiques. Certaines études rapportent malgré tout un niveau de récurrence des abus sexuels assez bas. Pour le cas d'abus physique, on a comparé les résultats de la thérapie familiale à ceux d'interventions individuelles cognitives-behaviorales s'adressant aux parents comme aux enfants. Leur efficacité est très différente selon les familles, mais la discipline physique, la colère parentale et les problèmes familiaux demeurent élevés. Une autre étude comparant les mêmes types d'intervention aux services réguliers montre des progrès, quel que soit l'approche, sur des indicateurs comme la colère parentale, les pratiques éducatives et les peurs de l'enfant. Par ailleurs, comparativement aux services réguliers, les interventions cognitives-behaviorales et la thérapie familiale sont associées à moins de violence de l'enfant envers le parent, moins de comportements d'externalisation pour l'enfant, moins de détresse et de risque d'abus pour le parent, moins de conflits familiaux et une meilleure cohésion familiale. Les nouveaux incidents d'abus ont été peu nombreux. D'autres ont montré que, comparativement à un groupe témoin, les problèmes de comportement de l'enfant, le stress parental et le potentiel d'abus diminuent après une thérapie familiale. En conclusion, selon Daro et McCurdy (1994), quelques recherches suggèrent que les effets de la thérapie familiale diffèrent selon la forme de mauvais traitement auquel on tente de mettre fin. Selon ces auteurs, les plus grands bénéfices seraient observés auprès des familles négligentes, les familles vivant plusieurs formes d'abus ou de l'abus physique étant les moins susceptibles de profiter de ces interventions.

2.3.4 Interventions cognitives-behaviorales

On a aussi évalué l'efficacité des interventions cognitives-behaviorales destinées aux familles maltraitantes (*voir* tableau 3 : Recensions des interventions destinées aux familles). Elles sont surtout utilisées dans les cas d'abus sexuel ou d'abus physique. Les six recensions étudiées, dont la plupart sont d'excellente qualité, rapportent chacune les résultats d'entre 1 et 3 études évaluatives.

2.3.4.1 Postulats et description des interventions

Les interventions cognitives-behaviorales abordées dans cette section sont similaires à celles décrites dans les sections précédentes. Elles reposent sur les mêmes postulats, mais elles s'adressent à la fois à la victime et à ses parents plutôt qu'exclusivement à un ou l'autre. Comme les recensions consultées précisent rarement si ces interventions se réalisent en groupe ou individuellement, elles font l'objet d'une sous-section plutôt que d'être incluses dans ces autres types d'interventions.

À titre d'exemple, Verduyn et Calam (1999) décrivent une brève intervention cognitive-behaviorale de 12 sessions destinée aux enfants âgés entre 4 et 7 ans et abusés sexuellement ainsi qu'à leurs parents. L'intervention vise la diminution de divers symptômes chez l'enfant, dont les comportements sexuels inappropriés, l'agression, la tristesse et les comportements régressifs, ainsi que la prévention de la récurrence de l'abus. Elle utilise entre autres l'exposition graduelle à des stimulus associés à l'abus, le modelage de stratégies adaptatives positives, l'éducation, la gestion de l'anxiété et l'expression des émotions. Dix sessions parallèles, destinées aux parents non agresseurs, abordent leurs réponses émotionnelles ainsi que leurs habiletés de gestion de comportements et de communication.

2.3.4.2 Efficacité des interventions

La majorité des changements rapportés après des interventions cognitives-behaviorales destinées aux familles maltraitantes concernent les victimes d'abus sexuel. Les évaluations montrent notamment une baisse des comportements d'externalisation et d'évitement ainsi que des comportements sexuels inappropriés. Les symptômes de stress post-traumatique, l'anxiété et la dépression diminuent aussi à la suite des interventions cognitives-behaviorales. Par contre, des recherches comparant de telles interventions à d'autres interventions ne réussissent pas toujours à statuer sur leur supériorité; dans certains cas des gains sont observés, notamment concernant la dépression et la compétence sociale. Des victimes d'abus physique manifestent aussi moins de comportements d'externalisation et de violence envers leurs parents.

Les changements observés auprès des parents sont nettement plus fragmentaires. En abus sexuel, les habiletés parentales semblent meilleures; la détresse et les dysfonctions parentales sont également diminuées. En abus physique, le risque d'abus et la détresse parentale diminuent; les conflits familiaux et la cohésion familiale s'améliorent également.

2.3.5 Interventions individuelles

Les chercheurs ont aussi évalué les interventions individuelles destinées aux membres de familles maltraitantes (*voir* tableau 3 : Recensions des interventions destinées aux familles). Elles sont surtout utilisées dans les cas d'abus sexuel ou d'abus physique. Les 4 recensions étudiées, dont la moitié sont d'excellente qualité, rapportent chacune les résultats d'entre 1 et 3 études évaluatives.

Tout comme pour les interventions cognitives-behaviorales, les postulats et la description des interventions individuelles destinées aux victimes de mauvais traitements ou à leurs parents ont été décrits dans les sections précédentes et ne seront pas répétés ici. Les recensions consultées ne décrivent pas beaucoup de programmes centrés sur des interventions individuelles à la fois auprès de la victime et de ses parents. Des effets ne sont rapportés que pour les enfants : concernant les émotions, les symptômes de dépression, d'anxiété et de stress post-traumatique diminueraient et le sentiment de compétence augmenterait, alors qu'au plan comportemental les jeux sexuels avec un autre enfant, l'énurésie et les troubles de comportement diminueraient.

2.3.6 Interventions de groupe

Les interventions de groupe constituent un autre type d'interventions destinées aux familles maltraitantes évalué (voir tableau 3 : Recensions des interventions destinées aux familles). Elles sont surtout utilisées dans les cas d'abus sexuel ou d'abus non spécifié. Les quatre recensions étudiées, dont la moitié sont d'excellente qualité, rapportent chacune les résultats d'entre 1 et 4 études évaluatives.

2.3.6.1 Postulats et description des interventions

Ici encore, les postulats et la description des interventions de groupe destinées aux victimes de mauvais traitements ou à leurs parents, agresseurs ou non, ont été décrits dans les sections précédentes et ne seront pas répétés ici. À la différence des interventions étudiées plus haut, cependant, celles retenues ici comprennent à la fois des groupes pour les victimes et des groupes pour les parents. Par exemple, le programme *Nurturing program for parents and children* comprend à la fois un groupe de parents et un groupe d'enfants. Son contenu, inspiré des théories d'Adler, de Rogers et de l'apprentissage social, aborde entre autres les attentes de développement inappropriées, le manque d'empathie, la valorisation de la punition physique et l'inversion des rôles parents-enfants (Gaudin et Kurz, 1985).

2.3.6.2 Efficacité des interventions

Selon les rares données disponibles dans les recensions consultées, l'efficacité des interventions de groupes destinées aux familles négligentes serait plus évidente pour les parents que pour les enfants. En effet, Gaudin et Kurtz (1985) rapportent que, à la suite des interventions, les parents participants connaissent et utilisent davantage d'alternatives à la punition physique, sont plus empathiques à l'égard de leurs enfants, améliorent leur estime de soi et leur lucidité par rapport à eux-mêmes et démontrent des attentes réalistes ajustées à l'âge de leurs enfants. Les familles vivraient en outre nettement moins de conflits, seraient plus cohésives, communiqueraient mieux et seraient mieux organisées. Quant aux enfants, ils seraient davantage affirmatifs, lucides par rapport à eux-mêmes et enthousiastes. Tourigny (1997) rapporte lui aussi des effets positifs pour des enfants victimes d'abus sexuel, par exemple la diminution de problèmes de comportements et des relations familiales. Pour d'autres enfants cependant, aucune amélioration de comportement ou même une augmentation des problèmes de comportements liés à la sexualité sont parfois observées. Finalement, certains auteurs rapportent de faibles taux de récurrence.

2.3.7 Interventions visant la réunification de l'unité familiale

Les interventions visant la réunification familiale constituent le type d'interventions destinées aux familles maltraitantes le moins évalué (voir tableau 3 : Recensions des interventions destinées aux familles). Elles sont utilisées dans les cas d'abus non spécifié. Les deux recensions étudiées, d'excellente qualité, rapportent chacune les résultats de deux études évaluatives. Une étude évaluative individuelle complète les sources de données.

2.3.7.1 Postulats et description des interventions

Lorsque les circonstances le permettent, certaines interventions visent la réunification des enfants placés avec leurs parents biologiques. Elles s'inscrivent dans la volonté d'offrir aux enfants des conditions de vie permanentes et sécuritaires (Litell et Schuerman, 1995). Ces interventions visent entre autres l'acquisition d'habiletés, la réponse à des besoins concrets et la construction d'alliances avec les membres de la famille (Fraser et al., 1996).

2.3.7.2 Efficacité des interventions

Les indications sur l'efficacité des interventions visant la réunification des familles dont un enfant est placé sont très rares. Certains résultats suggèrent cependant que des interventions brèves et intensives, centrées sur la famille, soient susceptibles d'améliorer les taux de réunification ou d'en accélérer le processus. Par ailleurs, les effets à long terme, dont le risque de récurrence des mauvais traitements ou de nouveaux placements, sont encore inconnus. Ici encore, l'absence de données probantes basées sur des recherches avec groupe de comparaison rend difficile l'interprétation des résultats puisqu'on ignore quels auraient été les taux de réunification ou de nouveaux placements sans ces interventions.

2.3.8 Conclusion

En conclusion, on a encore relativement peu évalué l'efficacité des interventions destinées aux familles maltraitantes. Les résultats disponibles, fragmentaires et sujets à d'importantes limites méthodologiques, suggèrent néanmoins de modestes effets positifs. Les résultats sont cependant mitigés pour les interventions inclusives, multimodales ou combinées et les interventions visant la préservation de l'unité familiale. Bref, d'autres recherches rigoureuses sont nécessaire afin de porter un jugement plus fiable sur l'efficacité des interventions destinées aux familles maltraitantes.

Tableau 3 – Recensions des interventions destinées aux familles

Types d'intervention \ Types d'abus	Abus sexuel	Abus physique	Négligence	Non spécifique / plusieurs types d'abus
Interventions inclusives, multiservices et combinées	Stevenson (1999) n=2; eff=+/-; qual=1	Kolko (1998) n=12; eff=+/?; qual=2	Kolko (1998) n=2; eff=+; qual=2	Wolfe & Wekerle (1993) n=5; eff=0; qual=1
	Tourigny (1997) n=14; eff=0; qual=1	Kaufman & Rudy (1991) n=1; eff=+; qual=2	James & Mennen (2001) n=4; eff=+; qual=1	Brassard & Hardy (1997) n=1 review of 19 studies; eff=+/-; qual=2
	O'Donohue & Elliott (1992) n=1; eff=+; qual=1	Oates & Bross (1995) n=17; eff=+; qual=1	DePanfilis (1996) n=11; eff=+; qual=2	Schellenbach (1998) n=1; eff=+; qual=1
	Finkelhor & Berliner (1995) n=1; eff=+/-; qual=1	Mannarino & Cohen (1990) n=1; eff=+/-; qual=2	Gaudin (1993) n=4; eff=+; qual=1	Skiba & Nichols (2000) n=2; eff=+; qual=1
				Lutzker et al. (1989) n=2; eff=+/?; qual=1
				Cohn & Daro (1987) n=4; eff=0; qual=1
				Fantuzzo (1990) n=3; eff=+; qual=1
				Kolko (1998) n=6; eff=+/-; qual=2
				Kaufman & Rudy (1991) n=3; eff=+/-; qual=2
	Préservation		Feindler & Becker (1994) n=1?; eff=-; qual=2	Gaudin (1993) n=2; eff=-; qual=1
				Smokowski & Wodarski (1996) n=13; eff=+/-; qual=2
				Courtney et al. (1996) n=2; eff=-; qual=2
				Kaufman & Rudy (1991) n=2; eff=+/-; qual=2
				Stevenson (1999) n=1; eff=+; qual=1
				Nelson (2000) n=6; eff=+; qual=1
				Nelson (1994) n=9; eff=+/?; qual=1
				Blythe et al. (1994) n=12; eff=+/-; qual=1
				McCroskey & Meezan (1998) n=14; eff=+/-; qual=2
Thérapie familiale		Silovsky & Hembree-Kigin (1994) n=2; eff=+; qual=2	Becker & Bonner (1998) n=3?; eff=+/-; qual=2	Daro & McCurdy (1994) n=4; eff=+; qual=2
	Becker & Hunter (1992) n=2; eff=+; qual=1	Terao (1999)* n=1; eff=+; qual=N.A.		Stevenson (1999) n=1; eff=+/-; qual=1
	Mannarino & Cohen (1990) n=1?; eff=+; qual=2	James & Mennen (2001) n=2; eff=+; qual=1		Howing et al. (1989) n=1 review of 19 studies; eff=+/-; qual=2
	Nurcombe et al. (1999) n=1; eff=+/?; qual=1	Kolko (1998) n=2; eff=+/-; qual=2		

suite du tableau à la page suivante

Tableau 3 – Recensions des interventions destinées aux familles suite de la page précédente

Types d'abus	Abus sexuel	Abus physique	Négligence	Non spécifique / plusieurs types d'abus
Intervention cognitive-behaviorale (parents et enfants)	King et al. (1999) n=3?; eff=+; qual=1	Verduyre & Calam (1999) n=3, eff=+, qual=2		Gaudin & Kurtz (1985) n=1, eff=+, qual=1
	Nurcombe et al. (1999) n=3, eff=+, qual=1	James & Mennen (2001) n=1, eff=+, qual=1		
	James & Mennen (2001) n=2; eff=+; qual=1			
	Verduyre & Calam (1999) n=3, eff=+, qual=2			
Intervention individuelle (parents et enfants)	Feindler & Becker (1994) n=1?; eff=+; qual=2	Berliner & Kolko (2000) n=1, eff=+, qual=1		
	Becker & Bonner (1998) n=1; eff=+; qual=2			
	Tourigny (1997) n=3, eff=+ qual=1			
Intervention de groupe (parents et enfants)	Kolko (1998) n=3; eff=+; qual=2			Howing et al. (1989) n=1, eff=+, qual=2
	Tourigny (1997) n=4, eff=+/-, qual=1			Gaudin & Kurtz (1985) n=1, eff=+/-, qual=1
Réunification				Littel & Schuerman (1995) n=2, eff=+/-, qual=1
				Nelson (2000) n=2, eff=+, qual=1
				Fraser (1996)* n=1; eff=+; qual=N.A.

Légende du tableau

* = études évaluatives individuelles; les autres cellules désignent des recensions d'études évaluatives.
n = nombre d'études évaluatives recensées (? = approximation)
eff = efficacité globale
++ = effets très positifs
+ = effets positifs modérés
+/- = effets mitigés
- = effets négatifs modérés
-- = effets très négatifs
qual = qualité de la recension
1 = excellent, i.e. inclusion de tableaux descriptifs des études évaluatives recensées ou présence de critères explicites d'inclusion et d'exclusion
2 = les autres recensions
N.A. = ne s'applique pas aux études évaluatives individuelles

Discussion

3.1 Lacunes principales dans les recensions des écrits

Comme on le voit, le bilan sur les connaissances au sujet de l'efficacité des interventions dans les situations de mauvais traitements envers les enfants est plutôt mince. Il existe peu ou pas de recensions dans certains domaines. De plus, lorsqu'il s'agit d'interventions spécialisées visant des types spécifiques de mauvais traitements pour des populations-cibles, les études se font encore plus rares. Très peu de recensions portent uniquement sur la négligence envers les enfants puisque la plupart des études amalgament la négligence avec d'autres types de mauvais traitements. Une seule étude portait sur l'exposition à la violence conjugale et une seule examinait spécifiquement les mauvais traitements psychologiques. Cependant, d'autres types de mauvais traitements ont reçu plus d'attention, en particulier les interventions qui ciblaient les enfants victimes d'abus sexuel, de même que les interventions destinées aux parents qui maltraitaient leurs enfants physiquement.

Toutes les interventions n'ont pas été également l'objet d'évaluations d'efficacité. Il semblerait que certaines interventions (ex. : les interventions comportementales) aient été l'objet de plus nombreuses recensions. Par contre, d'autres seraient rarement évaluées ou ne seraient l'objet d'aucune évaluation; soit qu'il n'existe aucune étude évaluative sur ces types d'interventions, soit qu'on les ait négligées (ex. : les parents toxicomanes et les parents avec des problèmes de santé mentale; les enfants dont le développement cognitif aurait été compromis, diminué ou même arrêté par les mauvais traitements). Par conséquent, ces déficits d'informations ne nous permettent pas de conclure de manière définitive à l'efficacité relative d'une approche d'intervention par comparaison à une autre. Des recherches de qualité et couvrant un plus large spectre d'interventions sont nécessaires pour s'assurer que les constats dégagés n'ocultent pas certains faits au profit d'autres.

3.2 De la recherche évaluative à la théorisation

L'analyse écologique des indicateurs d'efficacité (*voir* Trocmé et al., 2000; Kazdin et Kendall, 1998) permet aussi de dégager la théorie du problème des mauvais traitements et du bien-être implicite dans les interventions évaluées puis de la comparer aux modèles théoriques déjà existants (Belsky, 1993; National Research Council, 1993; Prilleltensky, Nelson et Peirson, 2001). Le tableau 4 présente les indicateurs d'efficacité identifiés dans les écrits scientifiques en fonction des facteurs de protection et de vulnérabilité de chaque niveau écologique.

Les interventions qui ciblent l'enfant mobilisent un éventail de ressources personnelles telles l'amour, la sympathie, l'estime de soi, les habiletés cognitives, le développement physique et affectif, la santé physique et psychologique, l'acceptation, les compétences sociales, etc. (Prilleltensky et al., 2001). Les indicateurs d'efficacité correspondent largement aux vulnérabilités des enfants et aux mécanismes modifiables de protection. Ils touchent la majorité des besoins de l'enfant, notamment l'éducation, le développement affectif, le comportement ainsi que les relations familiales et sociales (Lynch, 2002).

Par contre, en ce qui concerne les parents et la famille, les ressources mobilisées par les interventions se limitent aux dimensions psychosociales directement liées au rôle parental, et ce, au détriment des autres dimensions de la vie adulte. Les interventions visent les liens affectifs, la communication, la résolution de conflits, les soins de base, la sécurité, les conseils/limites et la stabilité. Le besoin d'espace personnel, les possibilités d'épanouissement personnel, la satisfaction au travail, le soutien du conjoint/de la famille élargie semblent très peu ou pas du tout abordés (*voir* Prilleltensky et al., 2001; Lynch, 2002).

Sur le plan familial, les indicateurs sont surtout liés au fonctionnement de la famille. On n'aborde pas la question de la violence conjugale, des mauvais traitements durant l'enfance ou de la faible scolarisation des parents dans les évaluations, ce qui laisse croire que ces questions n'avaient pas été abordées lors des interventions non plus. Ce constat rejoint celui de Chamberland et al. (2000) dans leur analyse critique des pratiques préventives au Québec en Enfance-Famille-Jeunesse; les niveaux ontosystémiques et micro systémiques (limités aux dyades parent-enfant) sont majoritairement ciblés par les organisations institutionnelles.

Enfin, à l'exclusion du soutien social et de l'utilisation des ressources communautaires, aucun facteur de protection ou de vulnérabilité communautaire ou sociale n'est évalué dans les interventions recensées. Les critères de sélection l'expliquent sans doute en partie, car les parents ou les enfants devaient être directement impliqués dans les interventions recensées et les dimensions plus larges, comme les politiques sociales ou l'évaluation des services, étaient exclues. On peut cependant souligner que les *répercussions* des vulnérabilités communautaires et sociales associées aux mauvais traitements envers les enfants, telles la pauvreté, la violence au sein de la communauté ou le chômage, semblent peu considérées dans les interventions recensées et leur évaluation.

Comme le souligne Belsky (1993, p. 413), « depuis que la contribution de Bronfenbrenner (1979) a fait école, nous reconnaissons maintenant que les mauvais traitements envers les enfants sont multidéterminés par divers facteurs agissant sur les processus interactifs à différents niveaux d'analyse (i.e., de la trajectoire de vie personnelle au contexte immédiat à l'histoire et l'évolution) de l'écologie des relations parent-enfant. » Pourtant, nous avons vu que les interventions dans les situations de mauvais traitements envers les enfants agissent à un nombre limité de niveaux et avec un nombre limité de stratégies d'interventions. Comme le montre le tableau 4, les indicateurs d'efficacité sont essentiellement liés à ce que Belsky (1993) nomme « le contexte du développement » des processus, des pratiques parentales et des caractéristiques des parents et des enfants, ainsi que « le contexte interactif immédiat » du processus interactif entre parent et enfant.

La réponse à un problème aussi complexe et multidéterminé que les mauvais traitements envers les enfants ne passerait-elle pas entre autres par une plus grande diversité des cibles d'interventions et des indicateurs d'efficacité ? « Alors que la nature multidéterminée des mauvais traitements envers les enfants suggère l'existence de plusieurs cibles pour les efforts de prévention et de traitement, cela sensibilise aussi par le fait même des intervenants au fait que concentrer les efforts sur un seul aspect ne sera probablement pas particulièrement efficace. Offrir un programme d'éducation parentale, par exemple, sans tenir compte de la situation économique difficile de la famille, fera probablement peu pour empêcher les mauvais traitements à long terme » (Belsky, 1993, p. 428). Les interventions et leur évaluation devraient plutôt tenter de refléter « l'équilibre complexe que les

fournisseurs de service doivent conserver entre la réponse aux besoins immédiats de protection de l'enfant et ceux à plus long terme reliés à l'éducation, à un milieu de vie stable et protecteur et au soutien aux possibilités d'évolution des familles concernées ainsi qu'à la capacité de la communauté de satisfaire aux besoins de ces enfants » (Trocmé et al., 2000, p. 1). Trocmé et ses collègues (2000) soulignent que le choix des indicateurs est crucial à cet égard. Si la plupart des indicateurs pris séparément ne sont que des mesures partielles ou approximatives des effets produits chez les enfants et les familles, un ensemble d'indicateurs ciblant des changements à divers niveaux écologiques reflétera mieux l'ampleur des répercussions des interventions.

Tableau 4 – Indicateurs d'efficacité en fonction des facteurs de protection et de vulnérabilité de chaque niveau écologique

Niveau écologique	Facteurs de protection / vulnérabilité	Indicateurs positifs	Indicateurs négatifs
Enfant	Comportement positif/négatif	Ex. : fonctionnement général, assiduité scolaire, qualité du sommeil.	Ex. : externalisation (agressivité, violence, etc.), toxicomanie ou alcoolisme, comportements sexuels inappropriés, automutilation.
	Bonne/mauvaise santé mentale	Ex. : enthousiasme, estime de soi, sentiment de compétence	Ex. : dissociation, anxiété, colère, stress posttraumatique
	Compétences sociales	Ex. : développement social, nouveaux amis, réactions dans des conflits.	Ex. : difficultés avec les pairs, solitude, isolement.
	Habiletés cognitives	Ex. : développement cognitif, langage, habiletés en lecture et en mathématiques, QI.	—
Parent	Mécanismes d'adaptation efficaces	Ex. : habiletés d'adaptation, habiletés de résolution de problèmes.	—
	Pratiques parentales positives/négatives	Ex. : nombre de réponses verbales positives, alternatives à la punition physique, qualité des soins aux enfants.	Ex. : comportements aversifs/coercitifs, punition physique, critiques.
	Bonne/mauvaise santé mentale	Ex. : estime de soi, contrôle de la colère.	Ex. : Détresse, dépression, irritabilité.
	Stress	Ex. : stress, maux de tête	—
	Sécurité	—	Ex. : récurrence des mauvais traitements, risque d'abus, comportements négligents, comportements pédophiles.
Famille	Cohésion familiale	Ex. : cohésion	—
	Environnement familial soutenant	Ex. : climat, empathie, soutien.	Ex. : conflits familiaux
	Bonne communication	Ex. : communication	—
	Relation positive entre conjoints / conflit conjugal	Ex. : satisfaction conjugale	—
	Organisation de la vie familiale	Ex. : gestion de la vie familiale et des repas, propreté de la maison, sécurité de la maison	—
	Permanence	Ex. : nombre de placements, taux de réunification, délai avant la réunification	—
Communauté	Présence / manque de ressources et de soutien social	Ex. : taille du réseau informel, utilisation des ressources de la communauté	—

3.3 Une nécessaire collaboration

La responsabilité de répondre adéquatement aux besoins pour le développement de l'enfant et de soutenir les parents ne saurait reposer exclusivement sur le système de protection. Selon plusieurs, « les efforts doivent porter sur l'augmentation de la collaboration entre les agences de protection de l'enfance et les autres dispensateurs de services, en particulier du domaine de la santé mentale, afin de surmonter les frontières actuelles qui bloquent la prestation de services aux enfants maltraités » (Kolko, 1998, Munro, 1999, Toth et Cicchetti, 1993, Trupin et al., 1993; cités dans Kinard, 2002, p.642).

La sécurité et le développement des enfants dépendent de la capacité des intervenants et des organisations à répondre aux besoins des jeunes et des familles. L'aide doit donc faire l'objet d'un engagement personnel, intense et continu qui implique directement l'intervenant en protection de la jeunesse (Glisson et Hemmelgarn, 1998). Elle doit aussi impliquer d'autres intervenants complices qui conjuguent leurs expertises et leurs ressources pour non seulement protéger les enfants et réduire les séquelles des mauvais traitements subis mais aussi assurer le développement de leurs compétences ainsi que renforcer les conditions favorables à l'exercice des responsabilités du parent face à son enfant.

La complémentarité, la cohérence et la nécessaire concertation entre les organisations sont alors un enjeu de base pour aspirer à atteindre ces objectifs. Cela soulève l'importance de développer des pratiques de réseau efficaces. Pour y arriver, nous devons préciser les conditions de réussite des partenariats qui génèrent des services et des programmes de qualité. Les intérêts particuliers et les mandats spécifiques des organisations concernées devront être dépassés au profit d'interventions plus holistiques et moins sectorielles qui prennent aussi appui sur les programmes et ressources déjà implantés dans la communauté.

En somme, les pratiques en partenariat entre les systèmes de protection et la communauté se développent dans la mesure où les compromis générés favoriseront la coopération entre les acteurs et leur organisation, la conjugaison de leur expertise ainsi que le renouvellement des pratiques. La protection des enfants ne devrait plus être le seul objectif à poursuivre de même que les institutions mandatées pour protéger les enfants ne devraient plus en être les seules responsables.

3.4 Principales difficultés méthodologiques des recensions

Nous avons vu que les rares résultats sur l'efficacité des interventions en protection de l'enfance suggèrent généralement de modestes changements positifs. Ce bilan doit cependant être nuancé en raison des sérieuses limites méthodologiques qui caractérisent plusieurs des recherches recensées. Cependant, « ce serait commettre une erreur sérieuse que de laisser entendre que ceux qui effectuaient les recherches fondamentales dans ce domaine n'étaient pas conscients de ces difficultés méthodologiques ou de penser qu'elles soient relativement faciles à surmonter » (Belsky, 1993).

D'abord, la qualité des recensions des écrits varie énormément. Plusieurs empruntent un style plutôt narratif et n'incluent pas de tableaux descriptifs des études évaluatives recensées ou ne présentent pas clairement les critères d'inclusion et d'exclusion.

Le concept « d'efficacité » mériterait d'être mieux défini. Il n'existe pas de façon uniforme de mesurer l'atteinte des objectifs pour déterminer le degré de réussite d'une intervention. On présume que l'intervention est efficace si des améliorations sont notées dans l'ensemble de l'échantillon. Cependant, les interventions ne réussissent pas à tous les participants puisque aucune intervention ne connaît une réussite totale, et même lorsqu'on dénote de modestes progrès, le degré de fonctionnement des participants demeure inadéquat. De plus, les effets négatifs possibles des projets sont rarement documentés et l'absence de changements est aussi importante à connaître que leur présence. Finalement, le temps lui-même, avec ou sans intervention, apporte des améliorations.

Le manque d'informations sur l'implantation et sur les processus des interventions évaluées constitue une autre limite importante. Par exemple, plusieurs recensions ne décrivent pas séparément les caractéristiques des familles négligentes et celles des familles violentes, et ne rapportent pas l'efficacité des interventions en fonction de ces sous-groupes. De plus, l'abandon des traitements doit être pris en considération puisque cela aussi a un effet sur la mesure de l'efficacité des interventions.

Bien que cette analyse porte sur les recensions plutôt que sur les études évaluatives individuelles, il semblerait que les devis eux-mêmes aient des limites. La *Child Welfare League of America* (2002) utilise quatre catégories, selon les données évaluatives disponibles, dans la description des programmes et pratiques. En s'appuyant sur leurs critères, la plupart des interventions évaluées pourraient être décrites comme des « pratiques en émergence » et quelques-unes comme des « pratiques louables » (par exemple, les approches cognitives-comportementales). Aucune ne semble satisfaire, à notre connaissance, les critères de « pratique exemplaire ». Même pour les interventions qui ont fait l'objet de plusieurs évaluations, telles les interventions auprès des enfants abusés sexuellement (voir Tourigny, 1997) et les programmes d'éducation parentale (voir Gaudin et Kurtz, 1985), la forte majorité des études évaluatives repose sur des devis préexpérimentaux de type préintervention et postintervention, sans groupe de comparaison, ce qui signifie qu'il est impossible d'affirmer que l'intervention a donné lieu aux changements observés. De plus, la petite taille des échantillons ne permet pas de généraliser les résultats et diminue la valeur des analyses statistiques comme méthode pour en déterminer l'efficacité. Il y a aussi peu de recherches qui ont comparé l'efficacité relative de différents types d'intervention. Finalement, il faudrait peut-être insister plus sur la répétition des recherches et leur suivi.

3.5 Difficultés de résumer les recensions des recherches sur l'efficacité

La principale force de la présente recension des écrits réside dans son exhaustivité. Nous nous sommes intéressés à toutes les cibles (enfants, parents, famille) et à tous les types d'intervention (individuelle, de groupe, inclusive, etc.). L'ensemble des recensions publiées en anglais et en français depuis 1984 a été analysée et, le cas échéant, nous avons complété ces informations par des études individuelles récentes. L'application rigoureuse des critères d'inclusion et d'exclusion (*voir* la section méthodologie) constitue une autre force de ce travail. Par exemple, contrairement à d'autres recensions qui combinent des interventions destinées aux familles dites « à risque » et celles destinées aux familles aux prises avec une problématique de mauvais traitements, la présente recension porte exclusivement sur ces dernières. Enfin, la systématisation de l'information, organisée en fonction des cibles et des types d'interventions, fournit un portrait plus nuancé de l'ampleur et de la pertinence des connaissances disponibles.

Le fait que cette recension soit basée essentiellement sur des données secondaires plutôt que sur les études originales constitue sa principale limite. Dans les recensions consultées, les résultats sont souvent généraux et les informations sur la méthodologie limitées, ce qui rend difficile, voire impossible l'évaluation des points forts, des points faibles et de la fiabilité des résultats. Enfin, plusieurs des recensions analysées rapportent les résultats des mêmes études évaluatives mais les tableaux présentés plus haut n'en tiennent pas compte. Sur la base des résultats présentés, il est donc impossible d'évaluer avec exactitude le nombre d'études évaluatives disponibles (leur nombre maximal peut cependant être évalué).

Recommandations

4.1 Recommandations pour l'intervention

4.1.1 Systématiser le développement des interventions dans les situations de mauvais traitements

Les interventions seront plus efficaces si elles sont développées en respectant des principes de pertinence et de vraisemblance. La pertinence permet de « s'assurer que dl'interventionn répond à un besoin réel et que les solutions retenues tiennent compte des ressources existantes » (Paquette et Chagnon, 2001, p.82). Kinard (2002) souligne à cet égard le manque fréquent d'adéquation entre les besoins des enfants maltraités et les services qui leur sont offerts (notamment en santé mentale et en éducation).

Enfin, « la vraisemblance d'un programme est sa plausibilité tant sur le plan des connaissances que du point de vue des personnes concernées » (Paquette et Chagnon, 2001, p.86). On réfère ici à la logique de la théorie et de l'action d'une intervention, à la qualité du modèle sous-jacent au regard notamment des connaissances empiriques et cliniques disponibles. Ce principe permet de répondre à des questions telles « les liens entre une activité et les changements attendus sont-ils plausibles? » ou « la stratégie de recrutement permet-elle de rejoindre réellement et exclusivement la population ciblée? »

Par exemple, les effets mitigés observés à la suite des interventions en soutien social pourraient s'expliquer par le fait que,

malgré les bases empiriques et intuitives de la recherche sur l'isolement social, la transposition de ce qu'elle peut apporter dans l'intervention en soutien social semble plus complexe qu'on pourrait le croire. Ce ne sont pas tous les réseaux sociaux qui offrent du soutien, les contacts avec les agences d'aide peuvent être aversifs, et les cliniciens devraient s'attendre à des variations individuelles et culturelles sur le plan de ce que les parents considèrent comme un soutien, ce qui requiert une évaluation individuelle et des plans communs pour cibler les besoins de soutien (Stern et Smith, 1995, 2002).

Un autre exemple est une faille dans le devis des programmes de préservation familiale qui expliquerait en partie leur manque d'efficacité. « Les évaluateurs estiment que dans sa forme actuelle le programme de préservation familiale ne peut simplement pas atteindre l'objectif premier des décideurs, soit d'éviter le placement des enfants. La principale faille du devis du programme tient de la difficulté pratique d'identifier les enfants à « risque imminent » de placement; ce qui signifie que ce programme est incapable de cibler de façon constante les familles avec des enfants véritablement à risque d'être pris en charge » (Rossi, Freeman et Lipsey, 1999, p. 66).

En fournissant des informations permettant de juger si les interventions respectent les principes de pertinence et de vraisemblance, l'évaluation de besoins et l'évaluation de la théorie du programme constituent des outils précieux dans une stratégie de développement de programmes. Le développement rigoureux et systématique des interventions permet de faire des choix éclairés, basés sur les connaissances empiriques et cliniques disponibles plutôt que sur l'urgence ou de strictes exigences de gestion.

4.1.2 Utiliser les résultats d'évaluation lors de la prise de décision au sujet d'une intervention

L'évaluation de programme est un processus qui permet, après une collecte de données systématique de données, de porter un jugement qui facilitera la prise de décision (Midy, 1998). Tous les types d'évaluation (besoin, théorie du programme, implantation et processus, effets, efficacité) peuvent soutenir les intervenants, les gestionnaires et les décideurs lors d'une prise de décision au sujet de l'avenir d'une intervention. Notamment, ils peuvent aider à décider si une intervention sera maintenue, généralisée, modifiée ou abandonnée, si un projet pilote mérite d'être élargi à d'autres sites ou à choisir entre plusieurs options pour répondre à un même problème (Weiss, 1998).

Cependant, toute évaluation présente des forces et des limites. La confiance à accorder aux résultats d'une évaluation dépend de la qualité méthodologique du devis d'évaluation. Le jugement et la flexibilité sont cruciaux afin de faire une utilisation éclairée des résultats disponibles. Les décideurs doivent éviter d'abolir un programme sur la base d'une unique évaluation peu rigoureuse, ou encore de promouvoir seulement les interventions les plus évaluées au détriment de projets novateurs qui restent à évaluer. Certaines décisions peuvent reposer sur les données probantes disponibles, d'autres laisser place à l'innovation mais en l'accompagnant d'une démarche d'évaluation.

Bref, l'utilité de l'évaluation constitue un enjeu stratégique non négligeable pour les milieux d'intervention (Fortin, 1999). Le développement d'une « culture évaluative » au sein des milieux de pratique constitue un élément-clé pour connaître l'efficacité des interventions dans les situations de mauvais traitements envers les enfants.

4.2 Recommandations pour la recherche

4.2.1 Recenser et évaluer la qualité des études évaluatives individuelles portant sur l'efficacité des interventions dans les situations de mauvais traitements

Comme nous l'avons vu dans la discussion, ce document présente des forces certaines. Notamment, il propose une organisation systématique et exhaustive des recensions d'études évaluatives sur l'efficacité des interventions dans les situations de mauvais traitements envers les

enfants. Une analyse des études individuelles permettrait cependant de raffiner les conclusions, particulièrement en posant un regard critique sur la méthodologie adoptée (outils, devis, échantillon, etc.). Les recherches pourraient être cotées selon leur qualité et leur rigueur méthodologique. On saura alors réellement quelle valeur accorder aux résultats de chaque étude, car il y a une grande différence entre une étude de grande qualité rapportant des effets positifs et une étude peu rigoureuse rapportant de tels effets. Ce travail permettrait aussi de mieux connaître les caractéristiques, sociodémographiques et autres, des participants. Cette démarche permettrait de dresser un bilan des connaissances plus nuancé et plus complet.

La recension des études individuelles pourrait tirer profit du travail réalisé dans le présent document. Notamment, les auteurs pourraient utiliser les tableaux 1 à 3 et proposer une analyse critique des recherches recensées cellule par cellule : toutes les études individuelles sur les interventions de groupe destinées aux enfants victimes d'abus sexuel, etc. Une solution intermédiaire entre le présent travail et une synthèse critique exhaustive des interventions consisterait à élaborer des fiches descriptives pour chacune des études individuelles.

4.2.2 Réaliser et diffuser des évaluations d'efficacité de qualité sur les interventions dans les situations de mauvais traitements

Le présent document montre clairement que, même dans les domaines les plus évalués, l'information n'est pas suffisante pour conclure hors de tout doute de l'efficacité ou de l'inefficacité des interventions dans les situations de mauvais traitements envers les enfants. En plus, il existe très peu d'informations sur l'efficacité des interventions pour certaines des formes de mauvais traitements les plus prévalentes (notamment la négligence). Il faut arriver à savoir ce qui fonctionne ou non, auprès de qui et dans quel contexte. À cet égard, l'absence de résultats ou des effets négatifs sont tout aussi importants à étudier et à diffuser que la présence de résultats positifs.

À ce jour, peu d'évaluations rigoureuses ont été réalisées. On peut et doit appliquer des méthodes de recherche éprouvées pour évaluer l'efficacité de ces interventions. En effet, la crédibilité des résultats d'une évaluation relève notamment de la manière dont ses auteurs ont relevé les défis méthodologiques. La qualité et la pertinence des devis et des indicateurs retenus s'imposent. Une attention particulière devrait être apportée à la constitution d'échantillons plus homogènes ou encore d'analyses comparatives selon les types de participants. La tendance actuelle consiste plutôt à réunir au sein d'un même échantillon et des mêmes analyses des participants aux prises avec différents types de mauvais traitements et ceux dits « à risque », ou encore des participants aux caractéristiques personnelles variées (ex. : pauvreté, toxicomanie, facteurs de protection et de résilience, chronicité). Des analyses combinant une aussi grande diversité de personnes obscurcissent d'éventuels effets différentiels selon la situation des participants.

4.2.3 Réaliser et diffuser d'autres types d'évaluations de qualité sur les interventions dans les situations de mauvais traitements (évaluation de besoins, de la théorie du programme, d'implantation et de processus)

Outre leur pertinence pour le développement des interventions, mentionnée plus haut, les évaluations de besoins, de la théorie du programme, d'implantation et de processus peuvent aussi aider à comprendre l'absence ou la présence des résultats attendus, contribuant ainsi à l'amélioration des interventions. Elles permettent de s'assurer que l'intervention répond bien aux besoins des enfants et des familles (évaluation de besoins) d'une manière cohérente et vraisemblable théoriquement et empiriquement (évaluation de la théorie des programmes). Selon Rossi, Freeman et Lipsey (1999, p.69),

« l'information sur les effets des programmes obtenue par les évaluations est incomplète et ambiguë si on ne connaît pas les activités et les services qui ont produit ces effets. Lorsqu'il n'y a aucun impact, l'évaluation du processus a une valeur diagnostique importante en indiquant si cela résulte d'une faille au niveau de l'implantation, i.e. les services voulus n'ont pas été offerts et par conséquent les bénéfices attendus n'ont pas pu se produire, ou une faille théorique, i.e. le programme a été mis en place de façon adéquate mais n'a pas produit les effets escomptés. D'autre part, lorsque les effets sont présents, l'évaluation du processus aide à confirmer qu'ils sont bien le résultat des activités du programme, plutôt que d'une autre source, et à identifier les aspects les plus déterminants du service afin que les gestionnaires de programmes sachent où mettre leurs efforts. »

Évidemment, la crédibilité de ces autres types d'évaluation est tout aussi importante que celle des évaluations d'efficacité, et les mêmes considérations quant aux défis méthodologiques mentionnés à la recommandation précédente s'appliquent.

4.3 Recommandations pour tous les acteurs concernés par la sécurité et le bien-être des enfants

4.3.1 Augmenter la collaboration entre chercheurs, intervenants et décideurs afin de développer des interventions plus efficaces

Comme le rapporte Kinard (2002, p.642), de nombreuses études soulignent que « une meilleure communication entre chercheurs et intervenants est essentielle pour rendre les constats empiriques utiles pour la pratique » (Kolko, 1998, Munro, 1999, National Research Council Panel, 1993, Toth et Cicchetti, 1993, cités dans Kinard 2002, p. 642). Les recommandations précédentes, tant celles destinées aux milieux d'intervention que celles destinées au milieu de la recherche, seront difficilement réalisables sans une meilleure collaboration entre chercheurs, intervenants et décideurs. En effet, si les chercheurs constituent les spécialistes du *processus* d'évaluation, les praticiens peuvent aider au regard du *contenu* évalué (Paquette et Chagnon, 2001). Les responsables d'évaluation de programmes sociaux sont confrontés à la tension entre les exigences de rigueur scientifique, d'une part, et d'utilité et d'à-propos pour la pratique,

d'autre part (Rossi, Freeman et Lipsey, 1999). L'engagement de tous les acteurs dans les démarches conjointes est garant de meilleures interventions, par exemple en augmentant l'utilité et de la crédibilité de démarches évaluatives ou en favorisant le développement d'interventions plus cohérentes aux plans clinique et empirique.

4.3.2 Augmenter la collaboration entre les divers acteurs des services sociaux et de santé afin de mieux répondre aux besoins des enfants et des familles aux prises avec des situations de mauvais traitements

Tel qu'abordé dans la discussion, les mauvais traitements envers les enfants sont multidéterminés. Les besoins des enfants et des familles aux prises avec de telles situations sont nombreux et ils ne relèvent pas exclusivement du système de protection de l'enfance, dont le mandat et les responsabilités des intervenants sont définis dans le cadre d'une loi. Comment s'assure-t-on que les autres aspects de fonctionnement à risque et les autres besoins des enfants et de leurs familles trouvent réponse ? Comment assure-t-on la continuité une fois qu'un dossier est fermé ou qu'un signalement n'est pas retenu en protection ? L'étude québécoise et l'étude canadienne sur l'incidence des mauvais traitements envers les enfants (EIQ et CIS) révèlent en effet que les intervenants qui évaluent les signalements considèrent que les jeunes ont un besoin de soutien qui dépasse ce que leur organisation peut offrir (Tourigny *et al.*, 2002; Trocmé *et al.*, 2001). Des partenariats efficaces entre divers acteurs du réseau de la santé et des services sociaux et des secteurs reliés notamment à l'éducation, l'employabilité ou le logement social permettraient de mieux partager la responsabilité du bien-être et de la sécurité de ces enfants et de leurs familles (White, Jobin, McCann et Morin, 2002). La cohérence, la continuité et l'efficacité des réponses aux besoins pressants des familles aux prises avec des situations de mauvais traitements envers les enfants en dépendent.

Conclusion

Ce document présente une analyse critique des recensions d'études sur l'efficacité d'interventions en protection de l'enfance publiées depuis 1984. Nous avons constaté que la qualité et la quantité des données varient selon le type de mauvais traitement, la cible de l'intervention et la stratégie d'intervention retenue. Les défis méthodologiques limitent la portée des conclusions. De manière générale, nous pouvons affirmer que les interventions en protection de l'enfance sont prometteuses, mais que les résultats sont trop fragmentés pour nous permettre de nous prononcer de façon définitive. Les domaines évalués se limitent surtout aux contextes du développement et de l'interaction immédiate. Les causes des mauvais traitements envers les enfants sont complexes et multidéterminés; par conséquent, les interventions en protection de l'enfance doivent devenir, à l'instar des causes, plus diversifiées et cibler un plus grand nombre d'éléments, en plus de déterminer clairement des indicateurs d'efficacité mesurables.

Références

- Altepeter, T.S., & Walker, C.E. (1992). Prevention of physical abuse of children through parent training. In D.J. Willis, E. Holden, E. Wayne et al. (Eds.), *Prevention of child maltreatment: Developmental and ecological perspectives* (pp. 226–248). Oxford, UK: John Wiley and sons.
- Becker, J.V., & Bonner, B.L. (1998). Sexual and other abuse of children. In R.J. Morris, & T.R. Kratochwill (Eds.), *The practice of child therapy* (pp. 367–389). Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.
- Becker, J.V., & Hunter, J.A. (1992). Evaluation of treatment outcome for adult perpetrators of child sexual abuse. *Criminal Justice and Behavior*, 19(1), 74–92.
- Belsky, J. (1993). Etiology of child maltreatment: A developmental-ecological analysis. *Psychological Bulletin*, 114(3), 413–434.
- Berliner, L., & Kolko, D. (2000). What works in treatment services for abused children. In M.P. Kluger, G. Alexander, & P.A. Curtis (Eds.), *What works in child welfare* (pp. 97–104). Washington, DC: Child Welfare League of America.
- Blythe, B. J., Patterson Salley, M., & Jayaratne, S. (1994). A review of intensive family preservation services research. *Social Work Research*, 18(4), 213–224.
- Brassard, M. R., & Hardy, D. B. (1997). Psychological maltreatment. In M.E. Helfer, R. S. Kempe et al. (Eds.), *The battered child* (pp. 392–412). Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Chamberland, C., Dallaire, N., Hébert, J., Fréchette, L., Lindsay, J., & Cameron, S. (2000). Are social and ecological models influencing prevention practices? An overview of the state of affairs in Quebec for child, youth and family intervention. *Journal of Primary Prevention*, 21(1), 101–117.
- Child Welfare League of America. (2002). *Research to practice: Levels of research rigor*. Retrieved December 16, 2002, from <http://www.cwla.org/programs/r2p/levels.htm>.
- Cohn, A. H., & Daro, D. (1987). Is treatment too late: What ten years of evaluative research tell us. *Child Abuse and Neglect*, 11, 433–442.
- Corcoran, J. (2000). Family interventions with child physical abuse and neglect: A critical review. *Children and Youth Services Review*, 22(7), 563–591.
- Courtney, M. E., Barth, R.P., Berrick, J.D., Brooks, D. et al. (1996). Race and child welfare services: Past research and future directions. *Child Welfare*, 75(2), 99–137.
- Cox, A.-D. (1997). Preventing child abuse: A review of community-based projects 1: Intervening on processes and outcome of reviews. *Child Abuser Review*, 6(4), 243–256.
- Daro, D. and McCurdy, K. (1994). Preventing child abuse and neglect: Programmatic interventions. *Child Welfare*, 73(5), 405–422.
- DePanfilis, D. (1996). Social isolation of neglectful families: A review of social support assessment and intervention models. *Child maltreatment*, 1(1), 37–52.
- Fantuzzo, J.W. (1990). Behavioral treatment of the victims of child abuse and neglect. *Behavior Modification*, 14(3), 316–339.
- Feindler, E.L., & Becker, J.V. (1994). Interventions in family violence involving children and adolescents. In L.D. Eron, J.H. Gentry, et al. (Eds.), *A psychosocial perspective on violence and youth* (pp. 405–430). Washington, DC: American Psychological Association.
- Finkelhor, D., & Berliner, L. (1995). Research on the treatment of sexually abused children: A review and recommendations. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34(11), 1408–1423.
- Fortin, D. (1999). *L'évaluation participative : une démarche concrète pour orienter l'action*. Paper presented at a meeting of PACE de Montréal-Centre on March 11, 1999. Montreal, QC: Health Canada and Centre de formation populaire.
- Fraser, M.W., Walton, E., Lewis, R.E., Pecora, P.J., & Walton, W.K. (1996). An experiment in family reunification: Correlates of outcomes at one-year follow-up. *Children and Youth Services Review*, 18(4–5), 335–361.
- Gaudin, J. M. Jr. (1993). Effective intervention with neglectful families. *Criminal Justice and Behavior*, 20(1), 66–89.

- Gaudin, J. M., & Kurtz, D.P. (1985). Parenting skills training for child abusers. *Journal of Group Psychotherapy, Psychodrama and Sociometry*, 38(1), 35–54.
- Glisson, C., & Hemmelgarn, A. (1998). The effects of organizational climate and inter-organizational coordination on the quality and outcomes of children's service systems. *Child Abuse and Neglect*, 22(5), 401–421.
- GRAVE/Ardec. (2002). GRAVE/Ardec : Une intégration qui marque le plan de développement 2003–2006. Unpublished document. Montreal, QC: Université du Québec à Montréal.
- Howing, P.T., Wodarski, J.S., Gaudin, J.M., & Kurtz, D.P. (1989). Effective interventions to ameliorate the incidence of child maltreatment: The empirical base. *Social Work*, 34(4), 330–338.
- Iwaniec, D. (1997). An overview of emotional maltreatment and failure to thrive. *Child Abuse Review*, 6, 370–388.
- James, S., & Mennen, F. (2001). Treatment outcome research: How effective are treatments for abused children? *Child and Adolescent Social Work Journal*, 18(2), 73–95.
- Jinich, S. (1995). Supportive response training for parents of sexually abused children. *Dissertation abstracts international: section B: The sciences and engineering*, 55(8-B), 3590.
- Jinich, S., & Litrownik, A.J. (1999). Coping with sexual abuse: Development and evaluation of a videotape intervention for non-offending parents. *Child Abuse and Neglect*, 23(2), 175–190.
- Jones, D. P. (1987). The untreatable family. *Child Abuse and Neglect*, 11(3), 409–420.
- Kaplan, S. J., Pelcovitz, D. & Labruna, V. (1999). Child and adolescent abuse and neglect research: A review of the past 10 years. Part I: Physical and emotional abuse and neglect. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38(10), 1214–1222.
- Kaufman, K. L., & Rudy, L. (1991). Future directions in the treatment of physical child abuse. *Criminal Justice and Behavior*, 18(1), 82–97.
- Kazdin, A.E., & Kendall, P.C. (1998) Current progress and future plans for developing effective treatments: Comments and perspectives. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27(2), 217–226.
- Kinard, E. M. (2002). Services for Maltreated Children: Variations by maltreatment characteristics. *Child Welfare*, 81(4), 617–645.
- King, N. J., Tonge, B.J., Mullen, P., Myerson, N., Heyne, D., & Ollendick, T.H. (1999). Cognitive-behavioural treatment of sexually abused children: A review of research. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 27(4), 295–309.
- Kolko, D. (1998). Treatment and intervention for child victims of violence. In P.K. Trickett & C.J. Schellenbach (Eds.), *Violence against children in the family and the community* (pp. 213–249). Washington, DC: American Psychological Association.
- Kruczek, T., & Vitanza, S. (1999). Treatment effects with an adolescent abuse survivor's group. *Child Abuse and Neglect*, 23(5), 477–485.
- Littell, J.H., & Schuerman, J.R. (1995). A synthesis of research on family preservation and family reunification programs. In *The national evaluation of family preservation services* [Electronic version]. Retrieved May 23rd, 2000, from <http://aspe.hhs.gov/hsp/cyp/fplitrev.htm>.
- Lovell, M.L. (1988). A review of research evaluating clinical intervention strategies in child maltreatment. *Canadian Social Work Review*, 5, 266–282.
- Lutzker, J.R., Campbell, R.V., Newman, M.R., & Harrold, M. (1989). Ecobehavioral interventions for abusive, neglectful, and high-risk families. In G.H.S. Singer, & L.K. Irvin (Eds.), *Support for caregiving families: Enabling positive adaptation to disability* (pp. 313–326). Baltimore, MD: Paul H. Brookes Publishing.
- Lynch, M. (2002). *Promoting well-being and monitoring outcomes for vulnerable children. Introduction*. Paper presented at the Fifth International Looking After Children Conference, September 23–26, 2002, Oxford, UK.
- Macdonald, G. (2001). *Effective intervention for child abuse and neglect: An evidence-based approach to planning and evaluating interventions*. New York: John Wiley and Sons.
- MacIntyre, D., & Carr, A. (2000). Prevention of child sexual abuse: Implications of program evaluation research. *Child Abuse Review*, 9(3), 183–199.
- MacMillan, H. (2000). Child maltreatment: What we know in the year 2000. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 45(8), 702–709.
- MacMillan, H., MacMillan, J., Offord, D.R., Griffith, L., & MacMillan, A. (1994a). Primary prevention of child physical abuse and neglect: A critical review, Part I. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35(5), 835–856.

- MacMillan, H., MacMillan, J., Offord, D.R., Griffith, L., & MacMillan, A. (1994b). Primary prevention of child sexual abuse: A critical review, Part II. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35(5), 857–876.
- Mallon, G. P. (1992). Utilization of animals as therapeutic adjuncts with children and youth: A review of the literature. *Child and Youth Care Forum*, 21(1), 53–67.
- Mannarino, A. P., & Cohen, J.A. (1990). Treating the abused child. In R. T. Ammerman and M. Hersen (Eds.), *Children at risk: An evaluation of factors contributing to child abuse and neglect* (pp. 249–268). New York: Plenum Press.
- McCroskey, J., & Meezan, W. (1998). Family-centered services: Approaches and effectiveness. *The Future of Children*, 8(1), 54–71.
- Midy, F. (1998). L'évaluation comme enjeu: l'approche participative. In *Guide d'évaluation participative et de négociation*. Montreal, QC: Table des regroupements provinciaux d'organismes communautaires et bénévoles, Coalition des tables régionales d'organismes communautaires, Centre de formation populaire et Services aux collectivités de l'Université du Québec à Montréal.
- Morrison Dore, M., & Lee, J.M. (1999). The role of parent training with abusive and neglectful parents. *Family Relations*, 48(3), 313–325.
- National Research Council (1993). *Understanding child abuse and neglect*. Washington, DC: National Academy Press.
- Nelson, K. (1994). Family-based services for families and children at risk of out-of-home placement. In R.P. Barth, J.D. Berrick, & N. Gilbert (Eds.), *Child Welfare Research Review*, 1 (pp. 83–108). New York: Columbia University Press.
- Nelson, K. (2000). What works in family preservation services. In M. P. Kluger, G. Alexander & P. A. Curtis, *What works in child welfare* (pp. 11–22). Washington, DC: Child Welfare League of America.
- Nurcombe, B., Wooding, S., Marrington, P., & Bickman, L.R.G. (2000). Child sexual abuse II: Treatment. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34(1), 92–97.
- Oates, R.K., & Bross, D.C. (1995). What have we learned about treating child physical abuse? A literature review of the last decade. *Child Abuse and Neglect*, 19(4), 463–473.
- O' Donohue, W.T., & Elliott, A.N. (1992). Treatment of the sexually abused child: A review. *Journal of Clinical Child Psychology*, 21(3), 28–228.
- Olsen, J., & Widom, C. (1993). Prevention of child abuse and neglect. *Applied and Preventive Psychology*, 2(4), 217–229.
- Orford, J. (1992). *Community psychology: Theory and practice*. Chichester, UK: John Wiley & Sons.
- Paquette, F., & Chagnon, F. (2000). *Cadre de référence pour le développement et l'évaluation des programmes aux Centres jeunesse de Montréal*. Collection Développement et évaluation de programmes. Montreal, QC: Centres Jeunesse de Montréal.
- Prilleltensky, I., Nelson, G., & Peirson, L. (2001). *Promoting family wellness and preventing child maltreatment*. Toronto, ON: University of Toronto Press.
- Reeker, J., Ensing, D., & Elliott, R. (1997). A meta-analytic investigation of group treatment outcomes for sexually abused children. *Child Abuse and Neglect*, 21(7), 669–680.
- Remer-Osborn, J.S. (1993). Stress inoculation training: Group treatment for non-offending parents of sexually abused children. *Dissertation Abstracts International*, 54(4-B), 2219.
- Rossi, P., Freeman, H., & Lipsey, E. (1998). *Evaluation, a systematic approach*. 6th ed. London, UK: Sage.
- Saywitz, K. J., Mannarino, A.P., Berliner, L., & Cohen, J.A. (2000). Treatment of sexually abused children and adolescents. *American Psychologist*, 55(9), 1040–1049.
- Schellenbach, C. J. (1998). Child maltreatment: A critical review of research on treatment for physically abusive parents. In P.K. Trickett & C.J. Schellenbach (Eds.), *Violence against children in the family and the community* (pp. 251–268).
- Scott, K. L., & D.A. Wolfe (2000). What works in the treatment of batterers. In M. P. Kluger, G. Alexander, & P. A. Curtis (Eds.), *What works in child welfare* (pp. 105–112). Washington, DC: Child Welfare League of America.
- Silovsky, J.F., & Hembree-Kigin, T.L. (1994). Family and group treatment for sexually abused children: A review. *Journal of Child Sexual Abuse*, 3(3), 1–20.

- Skiba, R. J., & Nichols, S.D. (2000). What works in wraparound programming. In M. P. Kluger, G. Alexander, & P. A. Curtis (Eds.), *What works in child welfare* (pp. 23–32). Washington, DC: Child Welfare League of America.
- Smokowski, P. R., & Wodarski, J.S. (1996). The effectiveness of child welfare services for poor, neglected children: A review of the empirical evidence. *Research on Social Work Practice*, 6(4), 504–523.
- Stern, S.B., & Smith, C.A. (2002). Understanding the role of the family in adolescent antisocial and delinquent behaviour: Recommendations for research-based interventions. *Directions in Clinical and Counseling Psychology*, 14, 39–54.
- Stern, S.B., & Smith, C.A. (1995). Family processes and delinquency in an ecological context. *Social Service Review*, 69(4), 703–731.
- Stevenson, J. (1999). The treatment of the long-term sequelae of child abuse. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40(1), 89–111.
- Sturkie, K. (1992). Group treatment of child sexual abuse victims: A review. In W. O'Donohue, & J. H. Geer (Eds.), *The sexual abuse of children* (pp. 331–364). New York: Human Sciences Press.
- Terao, S.Y. (1999). Treatment effectiveness of parent-child interaction therapy with physically abusive parent-child dyads. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 60(4-B), 1874.
- Thomlison, R. J. (1990). Uses of skill development and behaviour modification techniques in working with abusing/neglecting parents. In M. Rothery, & G. Cameron (Eds.), *Child maltreatment: Expanding our concept of helping* (pp. 127–143). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Tourigny, M., Mayer, M., Wright, J., Lavergne, C., Trocmé, N., Hélie, S., et al. (2002). *Étude sur l'incidence et les caractéristiques des situations d'abus, de négligence, d'abandon et de troubles de comportement sérieux signalés à la Direction de la protection de la jeunesse au Québec (ÉIQ)*. Montreal, QC: Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociale (CLIPP).
- Tourigny, M. (1997). Efficacité des interventions pour enfants abusés sexuellement: Une recension des écrits/Treatment outcome for sexually abused children: A review of studies. *Revue canadienne de psychoéducation*, 26(1), 39–69.
- Trocmé, N., MacLaurin, B., Fallon, B., Daciuk, J., Billingsley, D., Tourigny, et al. (2001). *Canadian incidence study of reported child abuse and neglect: Final report*. Ottawa, ON: Minister of Public Works and Government Services Canada.
- Trocmé, N., Nutter, B., MacLaurin, B., & Fallon, B. (1999) *Child welfare outcomes indicator matrix*. Toronto, ON: Bell Canada Child Welfare Research Unit, Faculty of Social Work, University of Toronto.
- Verduyn, C., & Calam, R. (1999). Cognitive behavioral interventions with maltreated children and adolescents. *Child Abuse and Neglect*, 23(2), 197–207.
- Weiss, C.H. (1998). *Evaluation: methods for studying programs and policies*. 2nd ed. Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall.
- White, D., Jobin, L., McCann, D., & Morin, P. (2002). *L'action intersectorielle en santé mentale*. Ste-Foy, QC: Les Publications du Québec.
- Winton, M.A. (1990). An evaluation of a support group for parents who have a sexually abused child. *Child Abuse and Neglect*, 14(3), 397–405.
- Wolfe, D.A., Reppucci, N.D., & Hart, S. (1995). Child abuse prevention: Knowledge and priorities. *Journal of Clinical Child Psychology*, 24(Suppl), 5–22.
- Wolfe, D.A., & Wekerle, C. (1993). Treatment strategies for child physical abuse and neglect: A critical progress report. *Clinical Psychology Review*, 13(6), 473–500.



**Centre of Excellence
for Child Welfare**

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

Toronto

Faculty of Social Work
University of Toronto
246 Bloor Street West
Toronto ON M5S 1A1
(416) 978-8845

Montréal

Institut de recherche pour
le développement social
des jeunes
1001, de Maisonneuve Est
7^e étage
Montréal QC H2L 4R5
(514) 896-3570

Ottawa

Child Welfare League of Canada/
Ligue pour le bien-être de l'enfance
du Canada
209-75 Albert
Ottawa ON K1P 5E7
(613) 235-4412

First Nations Research Site

First Nations Child and Family
Caring Society of Canada
c/o Faculty of Social Work
University of Manitoba
413A Tier Building
Winnipeg MB R3T 2N2
(204) 474-8261