



**Synthèse de la revue documentaire
systématique sur la maltraitance
envers les enfants**



Synthèse de la revue documentaire systématique sur la maltraitance envers les enfants

Remerciements

Aux fins de l'élaboration des lignes directrices relatives au projet VEGA, les données probantes ont été analysées et prises en considération par un groupe d'experts formé des personnes suivantes : Jane Barlow, Ph. D. (présidente), Harriet MacMillan, C.M., M.D. (chef du projet VEGA; présidente de la séance de revue documentaire), Nadine Wathen, Ph. D. (co-chef du projet VEGA), Chris McKee, M.A. (gestionnaire du programme de recherche sur la violence familiale), Jill McTavish, Ph. D. (boursière postdoctorale), ainsi que par les membres suivants du groupe de la revue documentaire : Tracie Afifi, Ph. D., John Fluke, Ph. D., Frances Gardner, Ph. D., Andrea Gonzalez, Ph. D., Chris Mikton, Ph. D., Phil Scribano, Ph. D., Heather Taussig, Ph. D., Lil Tonmyr, Ph. D., Charlotte Waddell, Ph. D. et Chris Wekerle, Ph. D.

Le financement du projet VEGA a été assuré par l'Agence de la santé publique du Canadaⁱ.

Pour citer cette publication : Projet VEGA. *Synthèse de la revue documentaire systématique sur la maltraitance envers les enfants*, 2016, Université McMaster, Hamilton (ON).

© [2014-2020]. Projet VEGA, Université McMaster. Le présent document peut être utilisé à des fins éducatives personnelles seulement. Aucune partie de ce document ne peut être modifiée, adaptée, traduite, rééditée, remaniée ou utilisée à des fins commerciales sans l'autorisation écrite expresse de l'Université McMaster. Les renseignements contenus dans le document sont fournis « tels quels » à des fins éducatives uniquement et ne font l'objet d'aucune déclaration ou garantie explicite ou implicite. Par conséquent, toute action fondée sur les renseignements contenus dans le document est prise à vos propres risques. Les auteurs et l'Université McMaster ne peuvent être tenus responsables des pertes et dommages qui pourraient découler de l'utilisation des renseignements fournis dans le document.

Veuillez acheminer toute question concernant le présent document à l'adresse suivante : VEGA@mcmaster.ca.

ⁱ Les opinions exprimées dans le présent document ne reflètent pas nécessairement celles du bailleur de fonds, l'Agence de la santé publique du Canada.

Table des matières

Introduction	4
Sommaire des lignes directrices pour identifier la maltraitance envers les enfants et y répondre	5
1. Reconnaissance de la maltraitance envers un enfant	7
<i>a) Identification</i>	8
2. Parcours de soin pour la maltraitance envers les enfants	9
<i>a) Interventions de counselling/thérapie</i>	9
<i>b) Interventions parentales, en milieu clinique ou communautaire</i>	11
<i>c) Interventions parentales, à domicile</i>	13
<i>d) Développement d'habiletés chez l'enfant</i>	15
<i>e) Autres interventions fondées sur des données probantes</i>	16

Introduction

La maltraitance envers les enfants est un grave problème de santé publique à l'échelle mondiale qui peut laisser de nombreuses séquelles physiques, émotionnelles et relationnelles permanentes : blessures et troubles d'attachement débutant durant la petite enfance; échecs scolaires et piètres relations avec les pairs durant l'enfance; abus d'alcool ou d'autres drogues durant l'adolescence; difficultés relationnelles et risque de maltraiter ses propres enfants à l'âge adulte; symptômes et troubles de santé mentale durant l'enfance, l'adolescence et l'âge adulte¹⁻⁷. Les statistiques officielles sous-estiment sérieusement la prévalence de la maltraitance envers les enfants. Bien que les mesures autodéclarées de maltraitance envers les enfants soient considérées plus exactes, la fréquence réelle est probablement encore sous-estimée. Au Canada, l'Étude canadienne sur l'incidence (ECI) des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants publie tous les cinq ans, depuis 1998, de l'information sur le nombre estimé d'enquêtes sur les cas de mauvais traitements. Au dernier cycle d'étude (2008), l'incidence s'établissait à 39,16 pour 1 000 enfants⁸. L'incidence des cas corroborés de mauvais traitements était de 14,19 pour 1 000 enfants. Toujours selon les données de l'ECI-2008, les principales catégories de mauvais traitements corroborés sont les suivantes : sévices physiques (20 %), abus sexuels (3 %), négligence (34 %), sévices psychologiques (9 %) et exposition à la violence conjugale (34 %).

Notre groupe a effectué la revue systématique et la synthèse des études disponibles, notamment à l'aide d'une version modifiée de la méthode GRADE⁹, avec les experts en la matière du groupe de la revue documentaire de VEGA, dans le but de formuler des énoncés d'orientation pour l'identification et l'intervention/la référence. Le groupe de la revue documentaire sur l'exposition des enfants à la violence conjugale a cherché à adapter les lignes directrices au contexte canadien dans le cadre de discussions qui se sont poursuivies ensuite avec le comité national d'orientation et de mise en œuvre (NGIC).

Dans les cas où les données probantes étaient insuffisantes, nous avons fourni des énoncés de bonnes pratiques¹⁰. Fondés sur les meilleures études disponibles et le jugement clinique d'experts, ces énoncés visent à aider les professionnels de la santé et des services sociaux à reconnaître les enfants qui sont exposés à la maltraitance et à offrir les réponses initiales appropriées. Étant donné la nature interreliée des différentes formes violence familiale — maltraitance envers les enfants, exposition d'enfants à la violence conjugale et violence conjugale — nous avons inclus des renvois entre les énoncés d'orientation dans la mesure du possible.

Sommaire des lignes directrices pour identifier la maltraitance envers les enfants et y répondre

Intervention	Recommandation	Commentaires
Recommandée		
Reconnaissance de la maltraitance envers un enfant <ul style="list-style-type: none"> Examen proactif 	L'identification au moyen d'un examen proactif (défini ci-dessous) est recommandée. La réponse initiale à une identification positive doit inclure des réponses sûres et bienveillantes.	Énoncés de bonnes pratiques Ce type d'exposition fait l'objet de recommandations similaires dans les synthèses de la revue documentaire systématique sur l'exposition des enfants à la violence conjugale et sur la violence conjugale .
Interventions de counselling/ thérapie <ul style="list-style-type: none"> Thérapie cognitivo-comportementale axée sur les traumatismes 	Une thérapie cognitivo-comportementale axée sur les traumatismes (TCC-T) est recommandée pour les enfants et les adolescents (de 2 à 17 ans) qui ont subi de la violence sexuelle et qui présentent des symptômes du trouble de stress post-traumatique (TSPT). Dans la mesure du possible, on recommande des séances pour l'enfant et pour la figure parentale non violente (et quelques séances conjointes), mais une TCC-T pour l'enfant seulement est également efficace.	Ce type d'exposition fait l'objet de recommandations dans la Synthèse de la revue documentaire systématique sur l'exposition des enfants à la violence conjugale .
Interventions parentales, en milieu clinique ou communautaire <ul style="list-style-type: none"> Thérapie d'interaction parent-enfant 	Une thérapie par interaction parent-enfant (PCIT) est recommandée pour les familles dont les enfants (de 2 à 12 ans) ont subi de la violence physique ou de la négligence et présentent des troubles d'extériorisation (comme un trouble d'opposition ou un passage à l'acte), ou lorsque les figures parentales ont des pratiques parentales sévères ou montrent une forte réactivité émotionnelle. La durée minimale recommandée de la PCIT est de 12 semaines. Cette intervention n'est pas recommandée pour les enfants exposés à la violence sexuelle parce que son efficacité n'a encore fait l'objet d'aucune étude.	
Ne peut être recommandée ni déconseillée		
Interventions parentales, à domicile <ul style="list-style-type: none"> Programme <i>SafeCare</i> 	Les études disponibles ne permettent pas de recommander ou de déconseiller le programme <i>SafeCare</i> .	

Non recommandée

<p>Interventions de counselling/ thérapie</p>	<p>Les interventions de counselling/thérapie suivantes ne sont pas recommandées à l'heure actuelle :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exposition à la maltraitance (sévices multiples) : Project Chrysalis, psychothérapie enfant-parent, thérapie multifamiliale, TCC, thérapie par le jeu • Exposition à la violence sexuelle : TCC seulement (c.-à-d., non axée sur les traumatismes), inoculation du stress et exposition graduelle seulement, exposition prolongée seulement, Risk Reduction through Family Therapy (RRFT), intégration neuro-émotionnelle par les mouvements oculaires (EMDR) • Exposition à la violence physique/négligence : TCC seule, thérapie par le jeu, entraînement cognitivo-comportemental • Exposition à la négligence en particulier : musicothérapie en dyade 	
<p>Interventions parentales, milieu clinique ou communautaire</p>	<p>Les interventions parentales suivantes, habituellement offertes en milieu clinique ou communautaire, ne sont pas recommandées à l'heure actuelle :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exposition à la maltraitance (sévices multiples) : gestion du stress • Exposition à la violence sexuelle : rencontres familiales axées sur le travail en groupe • Exposition à la négligence en particulier : programme FAIR (Families Actively Improving Relationships) 	

Interventions parentales, à domicile	<p>Les interventions suivantes, habituellement offertes sous forme de services intensifs à domicile, ne sont pas recommandées à l'heure actuelle :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exposition à la maltraitance (séviées multiples) : promotion des premières relations, visites à domicile axées sur l'attachement, visites psychoéducatives à domicile, interventions psychoéducatives pour les parents, thérapie multisystémique, l'intervention <i>Attachment and Biobehavioural Catch-up (ABC)</i> • Exposition à la violence physique/négligence : visites à domicile par des infirmières de la santé publique, thérapie multisystémique, Project Support, programme Web In-TERACT (<i>Interacting Together Everyday : Recovery After Childhood TBI</i>) 	
Développement d'habiletés chez l'enfant	<p>L'intervention suivante n'est pas recommandée à l'heure actuelle :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exposition à la violence physique/négligence : thérapie fondée sur le soutien apporté par des pairs résilients 	
Autres interventions fondées sur des données probantes	<p>À la suite d'une évaluation, un professionnel qualifié peut juger nécessaire de référer un enfant exposé à la maltraitance vers des traitements fondés sur des données probantes pour des troubles ou symptômes particuliers (par exemple, une dépression) ou d'autres problématiques (par exemple, l'usage de substances). Les études disponibles ne tendent pas à recommander d'autres interventions dans un cas d'exposition seulement à la maltraitance. La recommandation d'autres interventions doit s'appuyer sur une évaluation des besoins de la personne.</p>	<p>Le traitement doit être conforme au Guide d'intervention mhGAP de l'OMS¹¹ et/ou aux guides de pratique clinique en vigueur à l'échelle nationale ou propres à la profession, et être dispensé par des professionnels qui ont une bonne compréhension de la maltraitance envers les enfants et de ses conséquences.</p>

1. Reconnaissance de la maltraitance envers un enfant

L'énoncé de bonne pratique qui suit devrait aider les professionnels de la santé et des services sociaux à identifier les enfants qui sont exposés à la maltraitance. Cet énoncé vient actualiser la recommandation de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) concernant l'identification des enfants exposés à la maltraitance, telle que publiée dans la mise à jour du Programme d'action Comblant les lacunes en santé mentale (mhGAP)¹¹.

Les bienfaits potentiels découlant de l'identification des enfants exposés à la maltraitance sont complexes et ne peuvent être atteints que si cette étape est réalisée d'une manière sécuritaire par un professionnel de la santé ou des services sociaux qualifié. Les professionnels trouveront dans les [Ressources éducatives sur la violence familiale de VEGA](#) des conseils pour se renseigner d'une manière sécuritaire au sujet de la maltraitance (par exemple, endroit privé dans l'établissement de service) et des stratégies pour répondre d'une manière sécuritaire au dévoilement d'une situation de maltraitance.

a) Identification

Les deux approches principales pour identifier les enfants exposés à la maltraitance, soit le dépistage et l'examen proactif, sont souvent mises en comparaison. Le dépistage consiste à appliquer un ensemble de critères normalisés pour évaluer l'exposition potentielle à la maltraitance chez tous les enfants qui viennent consulter (ou un sous-groupe d'enfants). En comparaison, l'examen proactif suppose que les cliniciens soient attentifs aux signes et aux symptômes de maltraitance envers les enfants. Au lieu d'utiliser des questionnaires ou des outils uniformisés, le clinicien qui fait un examen proactif pose des questions à l'enfant au sujet d'une exposition potentielle à la maltraitance en tenant compte du tableau clinique.

Recommandations

En présence d'indicateurs potentiels, les professionnels de la santé et des services sociaux doivent se renseigner au sujet de la maltraitance, sans toutefois exposer l'enfant à un risque accru; ces indicateurs sont notamment :

- 1) des signes et symptômes observés chez l'enfant (par exemple, blessures, dépression);
- 2) des indicateurs comportementaux et émotionnels chez l'enfant (par exemple, comportement d'opposition marqué) ou chez la figure parentale (par exemple, négliger le suivi d'un traitement);
- 3) des facteurs de risque fondés sur des données probantes chez la figure parentale (par exemple, alcoolisme/toxicomanie) ou dans le contexte (par exemple, stress familial élevé).

Si l'exposition d'un enfant à la maltraitance est soupçonnée ou confirmée, outre l'obligation de faire un signalement aux autorités, le professionnel qualifié doit faire une évaluation qui donnera lieu à une référence vers des interventions fondées sur des données probantes et à un suivi ultérieur. Le dépistage universel de l'exposition à la maltraitance chez les enfants n'est pas recommandé à la lumière des études disponibles.

Des recommandations similaires pour ces formes d'exposition sont présentées dans les synthèses de la revue documentaire systématique sur [l'exposition à la violence conjugale](#) et sur [la violence conjugale](#).

Synthèse des données probantes

Les études appuyant l'efficacité des stratégies pour déceler la maltraitance chez les enfants et les jeunes dans un contexte d'évaluation de la santé mentale et du développement sont rares et peu concluantes. Aucune étude n'a encore évalué la capacité des instruments de mesure de prédire les références et les résultats sur la santé. Par ailleurs, les outils de dépistage recensés ne permettent

toujours pas d'identifier tous les enfants maltraités, et beaucoup d'enfants font l'objet d'une identification erronée avec ces outils. Cependant, on s'entend généralement sur l'importance que les professionnels de la santé détectent les cas de maltraitance. On reconnaît également que l'évaluation de la maltraitance doit être faite par un clinicien qui est apte à poser les bonnes questions et à offrir les réponses appropriées.

2. Parcours de soin pour la maltraitance envers les enfants

Nous analysons ci-dessous des interventions qui ciblent la maltraitance envers les enfants. Les professionnels doivent aussi envisager d'autres interventions fondées sur des données probantes si l'évaluation révèle d'autres symptômes ou troubles de santé mentale (par exemple, une dépression).

a) Interventions de counselling/thérapie

Recommandation

Une thérapie cognitivo-comportementale axée sur les traumatismes (TCC-T) est recommandée pour les enfants et les adolescents (de 2 à 17 ans) qui ont subi de la violence sexuelle et qui présentent des symptômes du trouble de stress post-traumatique (TSPT). Dans la mesure du possible, on recommande des séances pour l'enfant et pour la figure parentale non violente (et quelques séances conjointes), mais une TCC-T pour l'enfant seulement est également efficace. (Recommandation conditionnelle en faveur de l'intervention; les données probantes sont jugées modérément fiables.)

Dans un cas d'exposition seulement d'un enfant à la maltraitance, les données probantes disponibles ne permettent pas de recommander d'autres interventions de counselling/thérapie, comme la TCC seule en cas d'exposition à d'autres formes de maltraitance, *Project Chrysalis*, la psychothérapie enfant-parent, la thérapie multifamiliale, la thérapie par le jeu, l'inoculation du stress seulement, l'exposition prolongée au stress seulement, l'approche RRFT, l'EMDR, l'entraînement cognitivo-comportemental ou la musicothérapie en dyade. Précisons que ces interventions font l'objet d'une recommandation conditionnelle défavorable dans un cas d'exposition seulement à la maltraitance; ceci dit, leur efficacité dans le traitement de symptômes (comme la dépression) ou de troubles (comme l'usage de substances et la toxicomanie) particuliers échappe à la portée de la présente analyse. Les professionnels doivent également consulter les guides de pratique clinique applicables afin de recommander d'autres interventions fondées sur des données probantes adaptés aux symptômes et troubles particuliers des enfants. (Recommandation conditionnelle contre l'intervention; la fiabilité des données probantes est jugée très faible.)

Remarquesⁱⁱ

La TCC-T est une thérapie au protocole défini qui porte sur les séquelles d'événements traumatiques. Conçue à l'origine pour les enfants agressés sexuellement et leur figure parentale non violente, cette thérapie a aujourd'hui une plus grande portée qui englobe le traitement de traumatismes complexes, d'enfants qui ont été exposés à de la violence conjugale et de pertes

ⁱⁱ Les « remarques » résument les points principaux concernant les critères de portée, d'acceptabilité, d'équité et autres facteurs examinés par le groupe de la revue documentaire.

traumatiques. Bien que la TCC-T qui inclut la thérapie de traitement cognitif (TCC) prenne appui sur un certain nombre de principes théoriques (systèmes familiaux, neurobiologie, théorie du développement, théorie de l'attachement et traitement humaniste axé sur le client), son cadre théorique fondamental rassemble des principes cognitivo-comportementaux; en particulier, la capacité de faire une réflexion sur les pensées, les sentiments et les comportements mésadaptés découlant d'un traumatisme, d'établir des liens de cause à effet et de modifier ces pensées, sentiments et comportements mésadaptés¹². La TCC-T était d'abord une thérapie enfant-parent, mais les créateurs soulignent que la thérapie donne de bons résultats avec l'enfant seulement. Des adaptations ont également été effectuées afin de tester cette thérapie en formule de groupe. D'autres interventions de counselling/thérapie pour la maltraitance envers les enfants peuvent prendre diverses formes — elles peuvent varier en intensité et en durée; il peut s'agir de séances individuelles ou en groupe; elles peuvent être offertes par des psychologues cliniciens, des travailleurs sociaux ou d'autres personnes formées en relation d'aide; elles peuvent se dérouler dans différents milieux (par exemple, organisme communautaire vs institution); leur contenu peut varier selon que l'intervention est offerte à l'enfant seulement ou à une dyade enfant/figure parentale.

Le coût des interventions de counselling/thérapie est probablement modéré et dépend du fournisseur de service et du lieu de prestation; la fiabilité des données disponibles à cet égard est toutefois très faible. Le rapport coût-efficacité global semble peser en faveur de la TCC-T. Pour toutes les autres interventions de counselling/thérapie, l'analyse coûts-avantages ne semble pas appuyer la prestation d certaines interventions de counselling/thérapie axées sur la maltraitance envers les enfants. Nous tenons à préciser que cet énoncé n'est valable que pour les interventions de counselling/thérapie axées sur la maltraitance incluses dans notre analyse. Tel qu'il a été mentionné plus haut, les professionnels doivent envisager d'autres interventions fondées sur des données probantes si leur évaluation révèle d'autres symptômes ou troubles de santé mentale chez l'enfant (par exemple, une dépression).

L'équité globale est probablement moindre étant donné que les interventions de ce type qui ciblent expressément la maltraitance envers les enfants ne sont pas offertes partout et comporteraient probablement des coûts pour les clients (par exemple, transport vers les établissements spécialisés, coût de la thérapie non remboursé par le régime d'assurance provincial ou autre). Les interventions de counselling/thérapie — y compris la TCC-T — sont probablement acceptables pour la majorité des clients (enfants et figures parentales) et des professionnels (ceux qui recommandent ces services et ceux qui les offrent); néanmoins, les options envisagées doivent être exposées en détail à l'enfant (le cas échéant) et à la figure parentale, et elles doivent tenir compte de leurs préférences et valeurs. Les interventions de counselling/thérapie, y compris la TCC-T, sont jugées réalisables dans le contexte canadien. Toutefois, on ne connaît pas la faisabilité de la « psychothérapie individuelle » étant donné que cette approche n'a pas de protocole défini et qu'il est difficile de déterminer qu'est-ce qui rend l'intervention efficace ou non pour les enfants exposés à la maltraitance.

Des recommandations pour cette forme d'exposition sont présentées dans la [synthèse de la revue documentaire systématique sur l'exposition des enfants à la violence conjugale](#).

Synthèse des données probantes

Les données probantes sont modérément fiables quant à l'efficacité de la TCC-T versus des thérapies non cognitivo-comportementales pour les enfants et les figures parentales, et elles sont très peu concluantes quant à l'efficacité d'autres formes de counselling/thérapie, comme la TCC-T pour enfants seulement, la psychothérapie pour enfant et parent, la thérapie multifamiliale, la TCC, la thérapie de traitement cognitif (TTC), la thérapie par le jeu, l'inoculation du stress et l'exposition graduelle seulement, l'exposition prolongée seulement, la RRFT, l'EMDR et la musicothérapie en dyade. Quatre ECR¹³⁻¹⁶ ont été regroupés dans le but de produire des données modérément fiables quant à l'efficacité de la TCC-T pour des garçons et des filles (de 2 à 15 ans) exposés à de la violence sexuelle et leurs figures parentales. Les résultats post-traitement indiquent que la TCC-T contribue à une diminution modérée des symptômes du TSPT, des symptômes de dépression et de l'ensemble des symptômes d'intériorisation; elle contribue par ailleurs à une légère diminution de l'ensemble des symptômes d'extériorisation et des symptômes d'anxiété. Au suivi de 24 mois, une diminution importante des symptômes du TSPT et des symptômes d'extériorisation a été constatée, ainsi qu'une légère diminution des symptômes de dépression. Un autre groupe de six ECR¹⁷⁻²² ont évalué séparément l'efficacité de la TCC-T dans le but d'isoler les résultats selon le genre et les adaptations de la TCC-T, dans la mesure du possible (par exemple, TCC-T pour enfant seulement, TCC-T pour filles seulement). Les analyses propres à ces ensembles de données donnent des résultats très peu concluants à savoir si la TCC-T offerte à l'enfant seulement et celle offerte en groupe produisent des effets similaires (diminution des symptômes du TSPT, de dépression, d'anxiété, d'intériorisation et d'extériorisation).

De nombreux ECR individuels évaluant d'autres formes de counselling/thérapie ont obtenu des résultats encourageants qui nécessitent davantage de recherche. Au suivi post-traitement, par exemple, la psychothérapie en dyade enfant-parent pour les enfants d'âge préscolaire (âge moyen de quatre ans) exposés à la maltraitance semble avoir contribué à une grande amélioration des interactions positives entre parent et enfant, comparativement à un programme communautaire²³; la thérapie d'exposition prolongée (comparée au counselling par encouragement) pour des adolescentes (de 13 à 18 ans) exposées à de la violence sexuelle a contribué à une diminution marquée des symptômes du TPST et de dépression²⁴; le programme la RRFT (comparée au traitement courant) pour des adolescents (de 13 à 17 ans) exposés à de la violence sexuelle semble favoriser une diminution importante des symptômes du TPST, de dépression et d'intériorisation, ainsi qu'une légère diminution des symptômes d'extériorisation²⁵.

Les ECR portant sur les autres interventions de counselling/thérapie (*Project Chrysalis*²⁶, thérapie multifamiliale²⁷, TCC²⁸, thérapie par le jeu²⁹, inoculation du stress³⁰) ont produit des résultats limités, variables ou non concluants. Également, les ECR évaluant l'efficacité de l'EMDR chez les enfants exposés à de la violence sexuelle²⁰, de la TCC-T chez les enfants exposés à de la violence physique³¹, de la thérapie de traitement cognitif chez les enfants exposés à de la violence physique³² et de la musicothérapie en dyade chez les enfants exposés à de la négligence³³ n'ont pas été analysés de manière exhaustive par le groupe de la revue documentaire, les résultats ne lui semblant pas fiables en raison des taux de participation limités (moins de 25 participants).

b) Interventions parentales, en milieu clinique ou communautaire

Recommandation

Une thérapie d'interaction parent-enfant (PCIT) d'une durée d'au moins 12 semaines est

recommandée pour les enfants (de 2 à 12 ans) exposés à de la violence physique, à de la violence psychologique et/ou à de la négligence et leurs figures parentales. Cette intervention n'a pas été utilisée avec des enfants qui ont été exposés à de la violence sexuelle et n'est donc pas recommandée pour cette forme d'exposition. (Recommandation conditionnelle contre l'intervention; les données probantes sont jugées modérément fiables.)

Dans un cas d'exposition seulement d'un enfant à la maltraitance, les données probantes disponibles ne permettent pas de recommander d'autres interventions parentales offertes en milieu clinique ou communautaire, comme la gestion du stress, les rencontres familiales axées sur le travail en groupe et le programme FAIR (*Families Actively Improving Relationships*). Précisons que ces interventions font l'objet d'une recommandation conditionnelle défavorable dans un cas d'exposition seulement à la maltraitance; ceci dit, leur efficacité dans le traitement de symptômes (comme les symptômes d'extériorisation) ou de troubles (comme l'usage de substances et la toxicomanie) particuliers échappe à la portée de la présente analyse. Les professionnels doivent également consulter les guides de pratique clinique applicables afin de recommander d'autres interventions fondées sur des données probantes adaptés aux symptômes et troubles particuliers des enfants. (Recommandation conditionnelle contre l'intervention; la fiabilité des données probantes est jugée très faible.)

Remarques

La PCIT a été conçue à l'origine pour améliorer les compétences parentales et les interactions entre parents et enfants (de 3 à 7 ans) dans les familles ayant des enfants aux prises avec des problèmes de comportement (par exemple, trouble oppositionnel avec provocation). La PCIT comprend deux phases séquentielles : l'interaction dirigée par l'enfant, suivie de l'interaction dirigée par le parent. Cette approche vise à transmettre aux parents des compétences en communication qui améliorent la qualité de la relation parent-enfant. Le parent reçoit un coaching direct pendant l'interaction avec son enfant, ainsi que du contenu pédagogique. Durant le coaching parental, un thérapeute formé à l'approche observe la salle de jeu derrière une glace sans tain et utilise un système de sonde microphonique pour communiquer avec le parent pendant qu'il joue avec son enfant. Comme les interventions de counselling/thérapie vues plus haut, les autres interventions parentales offertes en milieu clinique et communautaire ont une intensité/durée et des objectifs variés (formation des parents versus coaching durant l'interaction parent-enfant).

Les coûts liés à ce type d'interventions sont probablement modérés et dépendent du fournisseur de service et du lieu de prestation, bien que la fiabilité des données à cet égard soit très faible ou nulle (aucune étude n'a mesuré le coût du programme FAIR, par exemple). Le rapport coût-efficacité penche probablement en faveur de la PCIT. Pour toutes les autres interventions parentales offertes en milieu clinique ou communautaire, le rapport coût-avantages n'est probablement pas favorable à leur mise en place. Le degré d'équité est probablement moindre étant donné que les interventions parentales qui ciblent expressément la maltraitance envers les enfants ne sont pas offertes partout et comportent probablement des coûts pour les clients.

Les interventions parentales offertes en milieu clinique ou communautaire, y compris la PCIT, sont probablement acceptables pour les clients et les professionnels. Le programme FAIR fait exception, n'ayant pas été jugé acceptable par les gestionnaires du fait que certains éléments du programme sont disponibles 24 heures sur 24, 7 jours sur 7. Les interventions parentales sont

probablement réalisables dans le contexte canadien.

Synthèse des données probantes

Trois ECR³⁴⁻³⁶ ont été regroupés afin de rassembler des données probantes à l'appui de la PCIT. Deux études portaient sur des enfants (âge moyen de cinq ans) exposés à la maltraitance (de formes multiples)^{34,35} et l'autre, des enfants (de 2,5 à 12 ans) exposés à la violence physique et à la négligence³⁶. Les résultats mesurés lors d'un suivi postérieur au traitement indiquent, avec une fiabilité modérée, une légère diminution des symptômes d'intériorisation et d'extériorisation, ainsi qu'une faible possibilité que la PCIT entraîne, d'une part, une augmentation marquée des interactions positives entre figure parentale et enfant (par exemple, féliciter) et, d'autre part, une diminution de modérée à marquée des interactions négatives entre figure parentale et enfant (par exemple, donner des ordres).

Les autres critères mesurés par les ECR affichent des résultats limités mais prometteurs, ou non concluants. Par exemple, au suivi post-traitement, la gestion du stress semble avoir eu un effet légèrement bénéfique sur les interactions positives entre la figure parentale et l'enfant (par exemple, féliciter)³⁷, et le programme FAIR semble contribuer à une diminution importante des symptômes d'extériorisation³⁸. Les séances familiales axées sur le travail en groupe semblent n'avoir eu aucun effet marqué sur les critères importants.³⁹

c) Interventions parentales, à domicile

Recommandation

Nous ne pouvons actuellement recommander ou déconseiller le programme *SafeCare*⁴⁰ pour les enfants exposés à la maltraitance. (Nous ne pouvons recommander ou déconseiller cette intervention; les données probantes sont jugées modérément fiables.)

En cas d'exposition seulement à la maltraitance, les données probantes ne permettent pas de recommander les interventions parentales intensives offertes à domicile pour les enfants exposés à la maltraitance, notamment les visites à domicile axées sur l'attachement⁴¹, la promotion des premières relations⁴², les visites psychoéducatives à domicile²³, la thérapie multisystémique^{43,44}, l'intervention *Attachment and Biobehavioural Catch-up*⁴⁵, les visites à domicile par des infirmières de la santé publique⁴⁶, *Project Support*⁴⁷ et le programme Web In-TERACT (*Interacting Together Everyday : Recovery After Childhood TBI*)⁴⁸. Précisons que ces interventions font l'objet d'une recommandation conditionnelle défavorable dans un cas d'exposition seulement à la maltraitance; ceci dit, leur efficacité dans le traitement de symptômes (comme les symptômes d'extériorisation) ou de troubles (comme l'usage de substances et la toxicomanie) particuliers échappe à la portée de la présente analyse. Les professionnels doivent également consulter les guides de pratique clinique applicables afin de recommander d'autres interventions fondées sur des données probantes adaptés aux symptômes et troubles particuliers des enfants. (Recommandation conditionnelle contre l'intervention; la fiabilité des données probantes est jugée très faible.)

Remarques

Les interventions parentales offertes sous forme de services intensifs à domicile (appelés couramment « services de visite à domicile ») varient énormément en intensité et en durée. Habituellement, elles prévoient un minimum de huit séances hebdomadaires de 60 minutes ou

plus qui peuvent se prolonger sur une année ou plus. Le but des séances varie, et le contenu peut inclure une présentation didactique sur les compétences parentales, l'interaction parent-enfant ou des stratégies pour gérer les problèmes de comportement de l'enfant, ainsi que des références vers des ressources communautaires.

Contrairement aux autres interventions parentales ou de counselling/thérapie — compte tenu de l'intensité et de la durée de nombreux services intensifs d'aide aux parents offerts à domicile — les coûts associés aux interventions parentales intensives offertes à domicile seraient élevés, bien que la fiabilité des résultats à cet égard soit très faible ou inconnue (par exemple, aucune étude n'a encore décrit ou évalué les coûts de *Project Support* ou du programme In-TERACT). Le rapport coût-efficacité ne penche probablement pas en faveur des services intensifs d'aide aux parents offerts à domicile pour les enfants exposés à la maltraitance. Contrairement aux autres interventions parentales et interventions de counselling/thérapie, les interventions parentales intensives offertes à domicile semblent accroître l'équité puisque le professionnel se rend au domicile des clients (ou offre le contenu en ligne au domicile des clients), et facilitent l'accès des familles aux services. Par ailleurs, ces services ciblent plus souvent des familles ayant un faible statut socioéconomique et affichent généralement des taux de participation plus élevés. Les services intensifs d'aide aux parents offerts à domicile sont probablement acceptables pour les clients et les professionnels, bien que de nombreux éléments doivent être en place pour que l'intervention soit acceptable (par exemple, formation et soutien des professionnels qui se rendent dans les foyers). On pense que les services intensifs d'aide aux parents à domicile pourraient être mis en œuvre au Canada, sauf dans les communautés rurales puisque les professionnels auraient grandes distances à parcourir pour rendre visite aux familles.

Synthèse des données probantes

Des ECR individuels ont évalué une gamme de services intensifs d'aide aux parents offerts à domicile, et quelques-unes des interventions visées se sont révélées prometteuses. Par exemple, un suivi à six ans indique, avec une certitude modérée, que le programme SafeCare peut entraîner une légère diminution de la récurrence de la maltraitance chez des enfants d'âge préscolaire qui ont été exposés à de la maltraitance⁴⁰. Les résultats obtenus pour d'autres services intensifs d'aide aux parents à domicile sont très peu concluants, par contre. Par exemple, le suivi post-traitement indique avec une certitude très faible que les visites à domicile axées sur l'attachement (par rapport aux soins courants) contribuent à une augmentation de la sensibilité maternelle et à une légère diminution des symptômes d'intériorisation chez les enfants (de un à six ans) qui ont été exposés à la maltraitance (bien que le groupe témoin ait affiché une diminution plus marquée des symptômes d'extériorisation)⁴¹. Les résultats indiquent avec une certitude très faible que la promotion des premières relations (par rapport au soutien éducatif précoce) pour les enfants (de 10 à 24 mois) exposés à la maltraitance contribue à une augmentation de la sensibilité des figures parentales (mais sans avoir d'effet sur les interactions positives parent-enfant)⁴². Les résultats indiquent avec une certitude très faible que la thérapie multisystémique (par rapport à la formation parentale) offerte à des enfants (de 7 à 10 ans en moyenne) qui ont été exposés à la maltraitance peut contribuer à une légère augmentation des comportements parentaux positifs (par exemple, efficacité parentale) et à une légère diminution des comportements parentaux négatifs (par exemple, indifférence parentale)⁴³, et que la thérapie multisystémique (par rapport à un traitement externe amélioré) offerte à des enfants (de 10 à 17 ans) qui ont été exposés à de la violence physique peut contribuer légèrement à réduire les symptômes d'intériorisation, d'extériorisation

et du TSPT (mais pas la dépression ni l'anxiété)⁴⁴. Par ailleurs, un suivi à cinq ans indique, avec une certitude très faible, que l'intervention *Attachment and Biobehavioural Catch-up* (par rapport à une formation sur le développement de l'enfant) pour des enfants (âge moyen de quatre à six ans) qui ont été exposés à la maltraitance peut contribuer légèrement à une amélioration de la sensibilité maternelle (le groupe témoin a cependant affiché une diminution plus importante des symptômes d'extériorisation)⁴⁵. Enfin, les résultats indiquent avec une certitude très faible que l'intervention *Project Support* peut contribuer à une légère diminution de la récurrence chez les enfants (de trois à huit ans) qui ont été exposés à la violence physique et à la négligence⁴⁷.

Des ECR évaluant des interventions parentales psychoéducatives⁴⁹ et des visites psychoéducatives à domicile²³ n'ont constaté aucun effet positif sur les indicateurs importants, et un ECR évaluant les visites à domicile d'infirmières de la santé publique a obtenu des résultats non concluants pour les enfants exposés à la violence physique et à la négligence⁴⁶. Un ECR évaluant l'intervention Web In-TERACT n'a pas été analysé de manière exhaustive par le groupe de la revue documentaire, les résultats ne lui semblant pas fiables en raison du taux de participation limité (moins de 25 participants)⁴⁸.

d) Développement d'habiletés chez l'enfant

Recommandation

Dans un cas d'exposition seulement de l'enfant à de la maltraitance, les interventions visant le développement d'habiletés chez l'enfant ne sont pas recommandées actuellement pour les enfants exposés à la maltraitance. Précisons que ce type d'interventions fait l'objet d'une recommandation conditionnelle défavorable dans un cas d'*exposition seulement à la maltraitance*; ceci dit, son efficacité dans le traitement de symptômes (comme la dépression) ou de troubles (comme l'usage de substances et la toxicomanie) particuliers échappe à la portée de la présente analyse. Les professionnels doivent également consulter les guides de pratique clinique applicables afin de recommander d'autres interventions fondées sur des données probantes adaptés aux symptômes et troubles particuliers des enfants. (Recommandation conditionnelle contre l'intervention; la fiabilité des données probantes est jugée très faible.)

Remarques

Les interventions de ce type visent le développement d'habiletés chez l'enfant, comme des habiletés sociales. La thérapie fondée sur le soutien apporté par des pairs résilients est un exemple d'intervention qui vise à améliorer les habiletés sociales chez l'enfant d'âge préscolaire au moyen de jeux en classe qui sont dirigés par un pair vif d'esprit.

Les coûts associés à cette approche sont négligeables lorsqu'une infrastructure est déjà en place, mais la fiabilité des résultats à cet égard est très faible. Le rapport coût-efficacité penche en faveur de cette forme d'intervention qui est, par ailleurs, probablement acceptable (pour les clients et les professionnels) et facile à mettre en œuvre.

Synthèse des données probantes

Deux ECR^{50,51} ont cherché à évaluer l'efficacité de la thérapie fondée sur le soutien apporté par des pairs résilients, mais comme ils mesuraient des indicateurs différents, il n'a pas été possible d'en agréger les résultats. Le suivi post-traitement indique, avec un degré de certitude très faible, que la thérapie de soutien par les pairs (par rapport au traitement témoin) peut contribuer

à une diminution importante de l'anxiété et des problèmes psychologiques, des symptômes d'intériorisation et des symptômes d'extériorisation chez les enfants (de trois à cinq ans) qui ont été exposés à de la violence physique et à de la négligence. Ceci dit, les résultats de ces ECR sont encourageants.

e) Autres interventions fondées sur des données probantes

Recommandation

À la suite d'une évaluation, un professionnel qualifié peut juger nécessaire de référer un enfant exposé à la maltraitance vers des traitements fondés sur des données probantes pour des troubles ou symptômes particuliers (par exemple, une dépression) ou d'autres problématiques (par exemple, l'usage de substances). Les études disponibles ne tendent pas à recommander d'autres interventions dans un cas d'exposition seulement à la maltraitance. La recommandation d'autres interventions doit s'appuyer sur une évaluation des besoins de la personne.

Conformément au Guide d'intervention mhGAP de l'OMS¹² et/ou aux guides de pratique clinique en vigueur à l'échelle nationale ou propres à la profession, les soins en santé mentale doivent être dispensés par des professionnels qui ont une bonne compréhension de la maltraitance envers les enfants et de ses conséquences.

Pour obtenir plus d'information

Veillez consulter les ressources éducatives en ligne de VEGA sur la maltraitance envers les enfants, notamment le module Reconnaître la maltraitance envers les enfants et répondre en toute sécurité, et le chapitre sur la maltraitance envers les enfants du Guide sur la violence familiale (<https://vegaproject.mcmaster.ca/>).

Bibliographie

1. Carr, C.P., Martins, C.M.S., Stingel, A.M., Lemgruber, V.B., Juruena, M.F. « The role of early life stress in adult psychiatric disorders: a systematic review according to childhood trauma subtypes », *J Nerv Ment Dis*, 2013, vol. 201, n° 12, p. 1007-1020. doi:10.1097/NMD.0000000000000049
2. Embleton, L., Lee, H., Gunn, J., Ayuku, D., Braitstein, P. « Causes of child and youth homelessness in developed and developing countries: A systematic review and meta-analysis », *JAMA Pediatr*, 2016, vol. 170, n° 5, p. 435-444. doi:10.1001/jamapediatrics.2016.0156
3. Lim, L., Radua, J., Rubia, K. « Gray matter abnormalities in childhood maltreatment: a voxel-wise meta-analysis », *Am J Psychiatry*, 2014, vol. 171, n° 8, p. 854-863. doi:10.1176/appi.ajp.2014.13101427
4. McCrory, E., De Brito, S.A., Viding, E. « The link between child abuse and psychopathology: a review of neurobiological and genetic research », *J R Soc Med*, 2012, vol. 105, n° 4, p. 151-156. doi:10.1258/jrsm.2011.110222
5. Miller, G.E., Chen, E., Parker, K.J. « Psychological stress in childhood and susceptibility to the chronic diseases of aging: moving toward a model of behavioral and biological mechanisms », *Psychol Bull*, 2011, vol. 137, n° 6, p. 959-997. doi:10.1037/a0024768
6. Naughton, A.M., Maguire, S.A., Mann, M.K. et coll. « Emotional, behavioral, and developmental features indicative of neglect or emotional abuse in preschool children: a systematic review », *JAMA Pediatr*, 2013, vol. 167, n° 8, p. 769-775. doi:10.1001/jamapediatrics.2013.192
7. Norman, R.E., Byambaa, M., De, R., Butchart, A., Scott, J., Vos, T. « The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: A systematic review and meta-analysis », *PLoS Med*, 2012, vol. 9, n° 11, p. e1001349. doi:10.1371/journal.pmed.1001349
8. Trocmé, N., Fallon, B., MacLaurin, B. et coll. *Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants 2008 (ECI-2008) : Données principales*. Ottawa, ON : Agence de la santé publique du Canada, 2010. <http://cwrp.ca/publications/2117>. Consulté le 27 février 2019.
9. Guyatt, G.H., Oxman, A.D., Vist, G.E. et coll. « GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations », *BMJ*, 2008, vol. 336, n° 7650, p. 924-926. doi:10.1136/bmj.39489.470347.AD
10. Guyatt, G.H., Schünemann, H.J., Djulbegovic, B., Akl, EA. « Guideline panels should not GRADE good practice statements », *J Clin Epidemiol*, 2015, vol. 68, n° 5, p. 597-600. doi:<http://dx.doi.org.proxy1.lib.uwo.ca/10.1016/j.jclinepi.2014.12.011>

11. Organisation mondiale de la Santé. *Update of the mental health gap action programme (mhGAP) guideline for mental, neurological and substance use disorders* [Internet]. Genève (Suisse), 2015. Accessible sur : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204132/1/9789241549417_eng.pdf?ua=1.
12. Timmer, S., Urquiza, A., éd. *Evidence-Based Approaches for the Treatment of Maltreated Children: Considering Core Components and Treatment Effectiveness*. Édition de 2014. New York, NY: Springer; 2013.
13. Cohen, J.A., Mannarino, A.P. « A treatment study for sexually abused preschool children: Outcome during a one-year follow-up », *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1997, vol. 36, n° 9, p. 1228-1235. doi:10.1097/00004583-199709000-00015
14. Cohen, J.A., Mannarino, A.P., Knudsen, K. « Treating sexually abused children: 1 year follow-up of a randomized controlled trial », *Child Abuse Negl*, 2005, vol. 29, n° 2, p. 135-145. doi:10.1016/j.chiabu.2004.12.005
15. Deblinger, E., Steer, R.A., Lippmann, J. « Two-year follow-up study of cognitive behavioral therapy for sexually abused children suffering post-traumatic stress symptoms », *Child Abuse Negl*, 1999, vol. 23, n° 12, p. 1371-1378.
16. Deblinger, E., Mannarino, A.P., Cohen, J.A., Steer, R.A. « A follow-up study of a multisite, randomized, controlled trial for children with sexual abuse-related PTSD symptoms », *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2006, vol. 45, n° 12, p. 1474-1484. doi:10.1097/01.chi.0000240839.56114.bb
17. Deblinger, E., Lippmann, J., Steer, R. « Sexually abused children suffering posttraumatic stress symptoms: Initial treatment outcome findings », *Child Maltreat*, 1996, vol. 1, n° 4, p. 310-321. doi:10.1177/1077559596001004003
18. O'Callaghan, P., McMullen, J., Shannon, C., Rafferty, H., Black, A. « A randomized controlled trial of trauma-focused cognitive behavioral therapy for sexually exploited, war-affected Congolese girls », *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2013, vol. 52, n° 4, p. 359-369. doi:10.1016/j.jaac.2013.01.013
19. King, N.J., Tonge, B.J., Mullen, P. et coll. « Treating sexually abused children with posttraumatic stress symptoms: a randomized clinical trial », *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2000, vol. 39, n° 11, p. 1347-1355. doi:10.1097/00004583-200011000-00008
20. Jaberghaderi, N., Greenwald, R., Rubin, A., Zand, S.O., Dolatabadi, S. « A comparison of CBT and EMDR for sexually-abused Iranian girls », *Clin Psychol Psychother*, 2004, vol. 11, n° 5, p. 358-368. doi:10.1002/cpp.395
21. Celano, M., Hazzard, A., Webb, C., McCall, C. « Treatment of traumagenic beliefs among sexually abused girls and their mothers: an evaluation study », *J Abnorm Child Psychol*, 1996, vol. 24, n° 1, p. 1-17.

22. Deblinger, E., Mannarino, A.P., Cohen, J.A., Runyon, M.K., Steer, R.A. « Trauma-focused cognitive behavioral therapy for children: Impact of the trauma narrative and treatment length », *Depress Anxiety*, 2011, vol. 28, n° 1, p. 67-75. doi:10.1002/da.20744
23. Toth, S.L., Maughan, A., Manly, J.T., Spagnola, M., Cicchetti, D. « The relative efficacy of two interventions in altering maltreated preschool children's representational models: Implications for attachment theory », *Dev Psychopathol*, 2002, vol. 14, n° 4, p. 877-908. doi:10.1017/S095457940200411X
24. Foa, E.B., McLean, C.P., Capaldi, S., Rosenfield, D. « Prolonged exposure vs supportive counseling for sexual abuse-related PTSD in adolescent girls: a randomized clinical trial », *JAMA*, 2013, vol. 310, n° 24, p. 2650-2657. doi:10.1001/jama.2013.282829
25. Danielson, C.K., McCart, M.R., Walsh, K., de Arellano, M.A., White, D., Resnick, H.S. « Reducing substance use risk and mental health problems among sexually assaulted adolescents: a pilot randomized controlled trial », *J Fam Psychol JFP J Div Fam Psychol Am Psychol Assoc Div 43*, 2012, vol. 26, n° 4, p. 628-635. doi:10.1037/a0028862
26. Brown, K.J., Block, A.J. « Evaluation of Project Chrysalis: A school-based intervention to reduce negative consequences of abuse », *J Early Adolesc*, 2001, vol. 21, n° 3, p. 325-353. doi:10.1177/0272431601021003004
27. Meezan, W., O'Keefe, M. « Evaluating the effectiveness of multifamily group therapy in child abuse and neglect », *Res Soc Work Pract*, 1998, vol. 8, n° 3, p. 330-353. doi:10.1177/104973159800800306
28. Shirk, S.R., Deprince, A.P., Crisostomo, P.S., Labus, J. « Cognitive behavioral therapy for depressed adolescents exposed to interpersonal trauma: an initial effectiveness trial », *Psychotherapy*, 2014, vol. 51, n° 1, p. 167-179. doi:10.1037/a0034845
29. Reams, R., Friedrich, W. « The efficacy of time-limited play therapy with maltreated preschoolers », *J Clin Psychol*, 1994, vol. 50, n° 6, p. 889-899.
30. Berliner, L., Saunders, B.E. « Treating fear and anxiety in sexually abused children: Results of a controlled 2-year follow-up study », *Child Maltreat*, 1996, vol. 1, n° 4, p. 294-309. doi:10.1177/1077559596001004002
31. Damra, J.K.M., Nassar, Y.H., Ghabri, T.M.F. « Trauma-focused cognitive behavioral therapy: Cultural adaptations for application in Jordanian culture », *Couns Psychol Q*, 2014, vol. 27, n° 3, p. 308-323. doi:10.1080/09515070.2014.918534
32. Lesure-Lester, G.E. « An application of cognitive-behavior principles in the reduction of aggression among abused African American adolescents », *J Interpers Violence*, 2002, vol. 17, n° 4, p. 394-402. doi:10.1177/0886260502017004003
33. Jacobsen, S.L., McKinney, C.H., Holck, U. « Effects of a dyadic music therapy intervention on parent-child interaction, parent stress, and parent-child relationship in families with emotionally neglected children: a randomized controlled trial », *J Music Ther*, 2014, vol. 51, n°

4, p. 310-332. doi:10.1093/jmt/thu028

34. Thomas, R., Zimmer-Gembeck, M.J. « Accumulating evidence for parent-child interaction therapy in the prevention of child maltreatment », *Child Dev*, 2011, vol. 82, n° 1, p. 177-192. doi:10.1111/j.1467-8624.2010.01548.x
35. Thomas, R., Zimmer-Gembeck, M.J. « Parent-child interaction therapy: An evidence-based treatment for child maltreatment », *Child Maltreat*, 2012, vol. 17, n° 3, p. 253-266. doi:10.1177/1077559512459555
36. Chaffin, M., Silovsky, J.F., Funderburk, B. et coll. « Parent-child interaction therapy with physically abusive parents: Efficacy for reducing future abuse reports », *J Consult Clin Psychol*, 2004, vol. 72, n° 3, p. 500-510. doi:10.1037/0022-006X.72.3.500
37. Egan, K.J. « Stress management and child management with abusive parents », *J Clin Child Psychol*, 1983, vol. 12, n° 3, p. 292-299. doi:10.1080/15374418309533147
38. Saldana, L. « An integrated intervention to address the comorbid needs of families referred to child welfare for substance use disorders and child neglect: FAIR pilot outcomes », *Child Welfare*, 2015, vol. 94, n° 5, p. 167-186.
39. Hyde, C., Bentovim, A., Monck, E. « Some clinical and methodological implications of a treatment outcome study of sexually abused children », *Child Abuse Negl*, 1995, vol. 19, n° 11, p. 1387-1399.
40. Chaffin, M., Hecht, D., Bard, D., Silovsky, J.F., Beasley, W.H. « A statewide trial of the SafeCare home-based services model with parents in Child Protective Services », *Pediatrics*, 2012, vol. 129, n° 3, p. 509-515. doi:10.1542/peds.2011-1840
41. Moss, E., Dubois-Comtois, K., Cyr, C., Tarabulsy, G.M., St-Laurent, D., Bernier, A. « Efficacy of a home-visiting intervention aimed at improving maternal sensitivity, child attachment, and behavioral outcomes for maltreated children: A randomized control trial », *Dev Psychopathol*, 2011, vol. 23, n° 1, p. 195-210. doi:10.1017/S0954579410000738
42. Spieker, S.J., Oxford, M.L., Kelly, J.F., Nelson, E.M., Fleming, C.B. « Promoting first relationships: randomized trial of a relationship-based intervention for toddlers in child welfare ». *Child Maltreat*, 2012, vol. 17, no 4, p. 271-286. doi:10.1177/1077559512458176
43. Brunk, M., Henggeler, S.W., Whelan, J.P. « Comparison of multisystemic therapy and parent training in the brief treatment of child abuse and neglect », *J Consult Clin Psychol*, 1987, vol. 55, n° 2, p. 171-178.
44. Swenson, C.C., Schaeffer, C.M., Henggeler, S.W., Faldowski, R., Mayhew, A.M. « Multisystemic therapy for child abuse and neglect: a randomized effectiveness trial », *J Fam Psychol JFP J Div Fam Psychol Am Psychol Assoc Div 43*, 2010, vol. 24, n° 4, p. 497-507. doi:10.1037/a0020324
45. Bernard, K., Simons, R., Dozier, M. « Effects of an attachment-based intervention on child

protective services–Referred mothers' event-related potentials to children's emotions », *Child Dev*, 2015, vol. 86, n° 6, p. 1673-1684. doi:10.1111/cdev.12418

46. MacMillan, H.L., Thomas, B.H., Jamieson, E. et coll. « Effectiveness of home visitation by public-health nurses in prevention of the recurrence of child physical abuse and neglect: a randomised controlled trial », *The Lancet*, 2005, vol. 365, n° 9473, p. 1786-1793. doi:10.1016/S0140-6736(05)66388-X
47. Jouriles, E.N., McDonald, R., Rosenfield, D. et coll. « Improving parenting in families referred for child maltreatment: a randomized controlled trial examining effects of Project Support », *J Fam Psychol JFP J Div Fam Psychol Am Psychol Assoc Div 43*, 2010, vol. 24, n° 3, p. 328-338. doi:10.1037/a0019281
48. Mast, J.E., Antonini, T.N., Raj, S.P. et coll. « Web-based parenting skills to reduce behavior problems following abusive head trauma: a pilot study », *Child Abuse Negl*, 2014, vol. 38, n° 9, p. 1487-1495. doi:10.1016/j.chiabu.2014.04.012
49. Cicchetti, D., Rogosch, F.A., Toth, S.L. « Fostering secure attachment in infants in maltreating families through preventive interventions », *Dev Psychopathol*, 2006, vol. 18, n° 3, p. 623-649. doi:10.1017/S0954579406060329
50. Fantuzzo, J.W., Sutton-Smith, B., Atkins, M. et coll. « Community-based resilient peer treatment of withdrawn maltreated preschool children », *J Consult Clin Psychol*, 1996, vol. 64, n° 6, p. 1377-1386.
51. Fantuzzo, J.W., Jurecic, L., Stovall, A., Hightower, A.D., Goins, C., Schachtel, D. « Effects of adult and peer social initiations on the social behavior of withdrawn, maltreated preschool children », *J Consult Clin Psychol*, 1988 vol. 56, n° 1, p. 34-39.

© [2014-2020]. Projet VEGA, Université McMaster. Le présent document peut être utilisé à des fins éducatives personnelles seulement. Aucune partie de ce document ne peut être modifiée, adaptée, traduite, rééditée, remaniée ou utilisée à des fins commerciales sans l'autorisation écrite expresse de l'Université McMaster. Les renseignements contenus dans le document sont fournis « tels quels » à des fins éducatives uniquement et ne font l'objet d'aucune déclaration ou garantie explicite ou implicite. Par conséquent, toute action fondée sur les renseignements contenus dans le document est prise à vos propres risques. Les auteurs et l'Université McMaster ne peuvent être tenus responsables des pertes et dommages qui pourraient découler de l'utilisation des renseignements fournis dans le document.