

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

MÉMOIRE PRÉSENTÉ À  
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE  
DE LA MAÎTRISE EN PSYCHOÉDUCATION

PAR  
SABRINA SERVOT

L'EFFICACITÉ DES PROGRAMMES OFFERTS EN PROTECTION DE LA  
JEUNESSE SELON LEUR SPÉCIFICITÉ SUR LES COMPORTEMENTS  
INTÉRIORISÉS ET EXTÉRIORISÉS DES ENFANTS 0-12 ANS : UNE SÉRIE DE  
DEUX MÉTA-ANALYSES

SEPTEMBRE 2018

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

## Sommaire

La maltraitance des enfants est une problématique de santé publique et une préoccupation sociétale majeure de par son ampleur et l'importance de ses conséquences. C'est l'un des principaux facteurs de risque pour la santé physique et mentale des enfants à court et à long terme (Organisation Mondiale de la Santé, 2015). Toutes les sphères de leur développement peuvent en être affectées. De surcroît, les mauvais traitements subis rendent ces enfants particulièrement vulnérables à l'expression des problèmes de comportement intériorisés (PCI) et/ou des problèmes de comportement extériorisés (PCE) (Norman, Byambaa, Butchart et al., 2012), ce qui concerne jusqu'à 78% des enfants en ayant été victimes (Keil et Price, 2006; Lehmann, Havik, et Heiervang, 2013). Au Québec, 52% des enfants dont la situation est prise en charge par la Direction de la Protection de la Jeunesse (DPJ) ont moins de 12 ans. Parmi ceux-ci, les motifs de compromission les plus fréquents sont la négligence (N) (38,9%) et l'abus physique (AP) (32,8%) (DPJ, 2016). Pour mettre un terme aux mauvais traitements et améliorer le fonctionnement de l'enfant, de nombreux programmes et des stratégies d'intervention ont été développés et, certains ont été évalués dans les 30 dernières années, essentiellement aux États-Unis. Bien que l'étiologie et la dynamique familiale impliquées dans la N, l'AP ou la co-occurrence N-AP soient distinctes (Hearn, 2011; Trocmé, Fallon, MacLaurin et al., 2010) et que la prévalence des problèmes de comportement soit très élevée chez les enfants victimes de mauvais traitements, la littérature actuelle permet de faire plusieurs constats. Tout d'abord, les programmes d'intervention offerts en protection de la jeunesse peuvent s'adresser à une forme de

mauvais traitements précis (dits programmes spécifiques, par exemple *Safecare for child neglect*, Chaffin, Hecht et al., 2012) ou à la maltraitance en général (dits programmes non-spécifiques, par exemple *Ces années Incroyables*, Letarte, Normandeau et Allard, 2010). L'efficacité globale de ces programmes d'intervention offerts aux familles suivies par les systèmes de protection de la jeunesse est souvent mesurée par rapport au taux de récurrence des signalements ou à l'aide d'indicateurs parentaux (Dufour et Chamberland, 2003), ce qui n'apporte pas toujours d'informations sur le bien-être et le fonctionnement des enfants. De plus, cette efficacité est souvent évaluée sans égard au type de maltraitance impliqué (Allin, Wathen et MacMillan, 2005; Belsky, 1993; Dufour et Chamberland, 2009), par exemple, l'efficacité globale des interventions en N et en N-AP est souvent généralisée à partir d'études sur l'AP (Larrivée, Lavergne, Dufour et Trocmé, 2009; Wilson, Rack, Shi et Norris, 2008). Les objectifs de ce projet sont : 1) Évaluer l'efficacité globale des programmes offerts aux familles suivies en protection de la jeunesse où il y a eu N, AP ou N-AP sur les PCI et les PCE de ces enfants et 2) Vérifier l'influence de différentes variables de modulation sur l'efficacité de ces programmes, dont notamment, le caractère spécifique ou non-spécifique du programme utilisé. Pour ce faire, une série de deux méta-analyses a été réalisée. La première méta-analyse s'intéresse aux PCI des enfants suivis en PJ et la seconde méta-analyse, aux PCE. À partir des 10 études retenues via une revue systématique, les résultats de la première méta-analyse ne permettent pas de démontrer une efficacité globale des programmes offerts en PJ sur les PCI ( $k=11$  ;  $d=0,19$  ;  $p=0,1$ ) alors que les résultats de la seconde méta-analyse révèlent que les programmes sont bénéfiques pour diminuer les

PCE des enfants suivis en PJ ( $k=13$ ;  $d=0,28$ ;  $p<0,05$ ; CI : 0,02, 0,53). Par la suite, l'influence des variables de modération a été investiguée, notamment les types de programmes (dits spécifiques ou non-spécifiques aux types de mauvais traitement). À ce sujet, le caractère spécifique ou non du programme au type de mauvais traitements tend à influencer leur efficacité dans le cas des PCI ( $Q'=3,29$ ,  $p=0,07$ ) tandis que le manque de puissance statistique ne permet pas de le démontrer pour les PCE ( $Q'=0,81$ ,  $p=0,36$ ). Ainsi, les programmes dits spécifiques à la N, l'AP ou la N-AP semblent prometteurs pour favoriser l'efficacité des programmes d'intervention sur les PCI ( $k=6$  ;  $d=0,34$  ; CI : 0,03, 0,65 ;  $p<0,05$ ), ce que ne prouvent pas les programmes destinés à la maltraitance en général (dits non-spécifiques) ( $k=5$  ;  $d=-0,02$  ;  $p=0,88$ ). Concernant les PCE, les impacts respectifs des programmes d'intervention dits spécifiques et des programmes d'intervention destinés à la maltraitance en général ne sont pas identifiables. Considérant le peu d'études rencontrant les critères d'inclusion de la revue systématique, l'influence d'autres variables de modération n'a pu être étudiée, par exemple celle du type de maltraitance impliqué. Devant ce constat, cela confirme la difficulté de s'intéresser à l'efficacité des programmes d'intervention offerts aux familles suivies en PJ en tenant compte des types de mauvais traitements subis (Bath et Happala, 1993). De plus, cela démontre l'importance de continuer à développer la recherche en ce sens afin de colliger de nouvelles études permettant de statuer sur ces questions de haute importance.

## Table des matières

Sommaire.....	iii
Liste des tableaux.....	vi
Liste des figures.....	viii
Remerciements.....	x
Introduction.....	1
Contexte théorique.....	6
Maltraitance des enfants.....	7
Maltraitance et interventions.....	28
Constats.....	39
Objectifs de recherche.....	39
Hypothèses.....	40
Méthodologie.....	41
Sources des données et recension.....	43
Analyses statistiques.....	50
Procédure méta-analytique.....	50
Résultats.....	54
Sélection des études.....	55
Principales caractéristiques des études retenues.....	58
Effets principaux.....	60
Discussion.....	69
Les programmes d'intervention offerts aux familles suivies en protection de la jeunesse pour N, AP et N-AP sont-ils efficaces pour diminuer les PCI et PCE de ces enfants ?.....	71
Les programmes d'intervention destinés spécifiquement à la N, à l'AP ou à la N-AP (dits programmes spécifiques) sont-ils plus efficaces que les programmes s'adressant à toute forme de maltraitance (dits programmes non-spécifiques) pour diminuer les PCI et PCE des enfants victimes de N, d'AP et de N-AP?.....	79
Limites.....	83
Conclusion.....	88
Références.....	92

Appendice 1.	
Caractéristiques des programmes d'intervention offerts aux familles négligentes .....	105
Appendice 2.	
Source de la confirmation de la maltraitance.....	107
Appendice 3.	
Experts consultés dans la recherche documentaire .....	109
Appendice 4.	
Grille d'extraction - Méta analyse .....	111
Appendice 5.	
Grille d'évaluation des risques de biais .....	113
Appendice 6.	
Cochrane bias tool.....	115
Appendice 7.	
Vérification de la présence de données extrêmes-Comportements intériorisés.....	117
Appendice 8.	
Vérification de la présence de données extrêmes-Comportements extériorisés .....	119
Appendice 9.	
Synthèse des risques de biais associés aux articles retenus .....	121
Appendice 10.	
Extraction des données .....	123
Appendice 11.	
Forest plot des études incluses dans la méta-analyse sur les comportements intériorisés .....	125
Appendice 12.	
Forest plot des études incluses dans la méta-analyse sur les comportements extériorisés. ....	127

## Liste des tableaux

### Tableau

1. Résultats de la méta-analyse concernant les PCI.....61
2. Résultats de la méta-analyse concernant les PCE.....65



## Liste des figures

### Figure

1. Diagramme de dispersion en entonnoir des études sélectionnées.....	52
2. Diagramme de sélection des études.....	57
3. Métarégression de l'année de publication-PCI.....	64
4. Métarégression de l'année de publication-PCE.....	68

## **Remerciements**

Je tiens à remercier ma mère qui a pris soin de moi et de s'être occupé de mon fils à plusieurs reprises pour que je puisse me concentrer sur la rédaction de certaines parties de ce mémoire.

Je tiens à remercier mes directrices de recherche Claire Baudry et Eve-Line Bussières pour leur patience et leur support.

Je tiens à remercier Evelyne Touchette pour ses encouragements continus et sa bonne humeur contagieuse.

Je tiens à remercier mes collègues assistantes de recherche du département de psychoéducation, Mélissa, Véronique et Rosalie, pour leur énergie positive, leurs encouragements et leur motivation sans faille.

Je remercie le Conseil de Recherche en Sciences Humaines du Canada sans l'appui financier duquel la réalisation de ma maitrise en psychoéducation n'aurait pas été possible.

Pour finir, je remercie le CRUJeF pour sa contribution financière au projet.

## **Introduction**

Les conséquences de la maltraitance peuvent se manifester sous la forme de différents problèmes de fonctionnement chez l'enfant (physique, cognitif, socio-émotionnel), dont l'expression de problèmes de comportement intériorisés (PCI) et de problèmes de comportement extériorisés (PCE) (Harden, Buhler, et Parra, 2016). En contexte de protection de la jeunesse, les enfants suivis présentent davantage de PCI et de PCE que les enfants de la population générale (Chamberland, Lacharité, Bouchard et Lessard, 2010; Éthier, Lemelin et Lacharité, 2004; Norman et al., 2012). Or, les PCI et les PCE viennent eux-mêmes nuire au bon développement de l'enfant, et sont couramment évalués parmi les conséquences associées à l'évolution du trauma de l'enfant (Milne et Collin-Vézina, en préparation).

La prévalence mondiale de la maltraitance est difficile à estimer, mais selon l'OMS, 20 à 50% des enfants sont victimes d'abus physiques, et de 5 à 20% d'abus sexuel (OMS, 2015). Au Québec, depuis plusieurs années, le nombre de familles suivies par les services de protection de la jeunesse pour différents types de maltraitance n'a cessé d'augmenter. Ainsi, le nombre d'enfants 0-18 ans pris en charge par les Directeurs de la Protection de la Jeunesse (DPJ) à travers la province est passé de 30 586 à 32 359 entre 2011 et 2016. Les enfants les plus représentés sont le groupe des 0-12 ans (51,4% des enfants pris en charge). Entre 2011 et 2016, leur nombre est ainsi passé de 17 743 à 19

202 (INESSS, 2016). Ces enfants sont principalement victimes de négligence, ou confrontés à un risque sérieux de négligence, ainsi que d'abus physique (INESSS, 2016).

Dans plusieurs pays industrialisés, depuis plusieurs années, face à la hausse du nombre d'enfants pris en charge par les services de protection de la jeunesse (Trocme et al., 2010), l'intérêt pour l'efficacité des programmes de prévention et d'intervention offerts aux familles des enfants maltraités n'a cessé de croître (Hearn, 2011). Les programmes de prévention sont destinés à la population générale afin de promouvoir la santé des mères et de leurs enfants et de favoriser des comportements parentaux sains. D'autres programmes plus spécifiques sont offerts à des populations plus ciblées cumulant des facteurs de risque associés à l'émergence de la maltraitance. Et finalement, lorsque les mauvais traitements ont lieu malgré tout, ce sont les services de protection de la jeunesse qui peuvent être sollicités pour intervenir auprès des familles pour protéger l'enfant et éviter la réapparition de la maltraitance (DPJ, 2016). Afin d'assurer la sécurité des enfants et de garantir que leur développement puisse se faire dans des conditions acceptables, les services de protection de l'enfance ont recours à différentes stratégies. Celles-ci dépendent de la problématique à l'origine de la prise en charge de la famille, du contexte familial, des facteurs de risque et de protection présents dans le milieu. À titre d'exemple, un éducateur peut soutenir la famille à domicile, un interdit de contact peut être instauré et, dans les cas les plus graves, l'enfant peut être retiré de sa famille. Cependant, selon l'article 2.2 de la Loi sur la protection de la Jeunesse, (LPJ, 2007a), le parent doit rester, autant que possible, le principal responsable de son enfant.

Les interventions tentent donc de maintenir l'enfant au sein de sa cellule familiale en améliorant les comportements parentaux et la stabilité du milieu de vie familial (Centre Jeunesse de Québec-Institut Universitaire, 2013).

Afin de valider si les buts poursuivis par ces interventions sont atteints, les chercheurs s'intéressent souvent aux modifications observables notamment, les comportements parentaux ou la diminution du taux de récurrence des mauvais traitements, voire de placements des enfants, pour tirer des conclusions. Les résultats ne sont pas unanimes et ne permettent pas toujours d'évaluer leur impact sur le bien-être de l'enfant. Ainsi, les interventions sont-elles aidantes pour l'enfant, objet ultime des efforts déployés ?

Les objectifs de ce mémoire sont donc 1) d'évaluer l'efficacité globale des programmes offerts aux familles suivies en PJ sur les PCI et 2) de vérifier l'influence de différentes variables de modération sur l'efficacité de ces programmes, dont notamment, le caractère spécifique ou non-spécifique du programme utilisé.

Pour ce faire, la première partie de ce mémoire présente dans le contexte théorique: le phénomène de la maltraitance, son étiologie, l'émergence des problèmes de comportement, ainsi que les interventions offertes et ce qu'il est connu de leur efficacité. La deuxième partie porte sur la méthode de la méta-analyse, détaillant la stratégie de recherche documentaire utilisée, ses étapes et la stratégie d'analyses des données. Dans

la troisième partie, les résultats sont présentés. Ils sont ensuite discutés dans la quatrième partie du document, où seront également présentées les limites de la démarche effectuée. La cinquième partie livre la conclusion de ce travail de mémoire.

## **Contexte théorique**



Afin de mettre en place les bases sur lesquelles s'appuie l'étude des variables de ce travail de recherche, cette section en présentera les assises théoriques à partir de la littérature scientifique. Tout d'abord, il s'agira de présenter les définitions couramment utilisées dans la littérature pour aborder la maltraitance, la négligence et l'abus physique. Suivront leur prévalence dans le monde puis plus spécifiquement au Québec chez les 0-12 ans, son étiologie, les principaux facteurs de risque impliqués dans leur apparition et les différentes spécificités des dynamiques familiales selon le type de mauvais traitements. L'émergence des problèmes de comportement intériorisés (PCI) et les problèmes de comportement extériorisés (PCE) sera ensuite explicitée, ainsi que les interventions utilisées et ce qu'il est connu de leur efficacité en abus physique et en négligence. Pour finir, les constats réalisés à partir de l'état des connaissances actuelles seront dressés afin de mettre en contexte les questions de recherche et les objectifs qui en découlent.

### **Maltraitance des enfants**

Le terme maltraitance est utilisé de façon générale pour désigner les mauvais traitements subis par un enfant, quel que soit son âge. Officiellement, selon l'agence de Santé Publique du Canada, elle se définit comme suit :

#### **Maltraitance**

Toute forme de sévices ou risque de sévices subis par un enfant ou un adolescent alors qu'il est sous la responsabilité d'une personne en qui il a confiance ou dont il dépend, notamment un parent, un frère ou une sœur, un autre membre de la famille, un enseignant, un soignant ou un tuteur. Les sévices peuvent découler d'actions directes commises par la personne (actes de commission), ou du défaut de cette dernière d'offrir à l'enfant toutes les conditions dont il a besoin pour grandir et se développer sainement (actes d'omission) (Agence de la santé publique du Canada [ASPC], 2006, p. 1).

Les mauvais traitements peuvent exister sous plusieurs formes, bien différentes les unes des autres. Leur classification varie selon les pays et les contextes, légaux ou cliniques. Au Canada, selon l'Agence de la Santé publique du Canada (2006), la maltraitance se catégorise selon cinq types principaux : la violence physique, l'abus sexuel, la négligence, la violence psychologique et l'exposition à la violence conjugale. L'étude canadienne sur l'incidence des signalements en cas de violence et de négligence envers les enfants (Trocmé et al., 2010) rassemble plusieurs sources afin d'établir son épidémiologie. Selon celle-ci, les cinq types précédemment cités se décomposent en trente-deux formes de mauvais traitements associées à des gestes ou à l'absence de geste concrets et précis posés envers l'enfant par une personne en autorité sur celui-ci.

D'un point de vue légal, les lois régissant la protection de la jeunesse au Canada sont gérées par les provinces (Portail canadien de recherche en protection de l'enfance,

2016). Au Québec, la loi sur la protection de la jeunesse sanctionne les mauvais traitements et l'article 38 relie des motifs de compromission du développement et de la sécurité de l'enfant à six définitions légales selon les catégories suivantes : l'abandon, l'abus physique, l'abus sexuel, la négligence, les mauvais traitements psychologiques et les troubles de comportement (INESSS, 2016). En ce sens, les mauvais traitements concernent les cinq premières catégories. Les troubles de comportement sont un motif de compromission, et non une forme de maltraitance puisqu'ils apparaissent lorsque l'enfant, de par son comportement, porte atteinte à sa propre intégrité psychologique ou physique ou à celle d'autrui. Il ne s'agit donc pas de sévices qu'il subit d'une personne qui en a la charge.

Aux États-Unis, selon le CDC (2008), la maltraitance se décompose différemment, soit en actes de commission : les actes d'abus, et en actes d'omission : les actes de négligence. La première catégorie regroupe les abus physiques, les abus sexuels et la violence psychologique. La seconde concerne le défaut de pourvoir des soins, de la protection, et en défaut de superviser l'enfant<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Quoi qu'il y ait quelques nuances entre les définitions canadiennes et américaines, les définitions de la négligence et de l'abus physique sont toutefois similaires en termes d'actes, qu'il soit d'omission ou de commission.

### **Définitions des types de maltraitance à l'étude**

Parmi les différents types de mauvais traitements, ce projet s'intéresse aux deux formes les plus couramment retenues comme motif de compromission principal chez les enfants 0-12 ans au Québec : la négligence (N) et le risque sérieux de négligence, ainsi que l'abus physique (AP) et le risque sérieux d'abus physique.

**Négligence.** « La négligence est un acte d'omission plutôt que de commission qui apparaît lorsqu'il n'y a pas de réponse adéquate aux besoins de base des enfants » (Dubowitz et al., dans Allin et al., 2005, traduction libre). Au Québec, la Loi sur la protection de la jeunesse la définit ainsi:

#### **Négligence**

1° Lorsque les parents d'un enfant ou la personne qui en a la garde ne répondent pas à ses besoins fondamentaux;

i. Soit sur le plan physique, en ne lui assurant pas l'essentiel de ses besoins d'ordre alimentaire, vestimentaire, d'hygiène ou de logement compte tenu de leurs ressources;

ii. Soit sur le plan de la santé, en ne lui assurant pas ou en ne lui permettant pas de recevoir les soins que requiert sa santé physique ou mentale;

iii. Soit sur le plan éducatif, en ne lui fournissant pas une surveillance ou un encadrement approprié ou en ne prenant pas les moyens nécessaires pour assurer sa scolarisation;

2° Lorsqu'il y a un risque sérieux que les parents d'un enfant ou la personne qui en a la garde ne répondent pas à ses besoins fondamentaux de la manière prévue au sous-paragraphe 1°; (Loi sur la protection de la jeunesse, article 38 b).

La négligence peut également être décrite par l'absence des comportements suivants : « défaut de superviser menant à un préjudice physique; défaut de superviser menant à des abus sexuels; attitude permissive à l'égard d'un comportement criminel; négligence physique; négligence médicale (y compris les services dentaires); défaut de soins pour un traitement psychiatrique ou psychologique; abandon; négligence éducative » (Trocmé et al., 2010). À ce sujet, la personne qui a la charge de l'enfant refuse de fournir les soins, n'est pas en mesure de les donner ou n'est pas disponible pour le faire. À cette définition, les américains ajoutent la négligence émotionnelle, qu'ils considèrent comme le défaut de fournir les éléments nécessaires au bien-être émotionnel de l'enfant, tels que l'affection et l'attention que ceux-ci sont en droit de recevoir (CDC, 2008).

**Abus physique.** Selon la loi sur la protection de la jeunesse :

### **Abus physique**

1° lorsque l'enfant subit des sévices corporels ou est soumis à des méthodes éducatives déraisonnables de la part de ses parents ou de la part d'une autre

personne et que ses parents ne prennent pas les moyens nécessaires pour mettre fin à la situation;

2° lorsque l'enfant encourt un risque sérieux de subir des sévices corporels ou d'être soumis à des méthodes éducatives déraisonnables de la part de ses parents ou d'une autre personne et que ses parents ne prennent pas les moyens nécessaires pour mettre fin à la situation; (LPJ, 2007, article 38 e).

Concrètement, cette forme d'abus peut se manifester par le fait de « secouer, pousser, attraper ou projeter; frapper avec la main; donner un coup de poing, un coup de pied ou mordre; frapper avec un objet; étrangler, empoisonner ou poignarder » un enfant (Trocmé, et al., 2010).

### **Prévalence de la maltraitance**

**De par le monde.** De nombreuses difficultés méthodologiques rendent complexe l'estimation d'une prévalence mondiale et même nationale des mauvais traitements dans des pays tels que le Canada ou les États-Unis puisque chaque pays, chaque province, a son propre système légal et ses propres critères concernant la rétention des signalements et la façon de les corroborer (Trocmé, Knocke, Fallon et MacLaurin, 2009). Selon le Rapport de situation sur la prévention de la violence dans le monde (OMS, 2015), basé sur les données de 133 pays couvrant 88% de la population mondiale, les chiffres suivants sont plus qu'alarmants : un adulte sur 4 aurait été victime de violence physique

dans son enfance, une femme sur 5 a été abusée sexuellement durant l'enfance et une sur 3 aurait vécu une agression physique ou sexuelle au cours de sa vie.

**En Amérique du Nord.** Aux États-Unis, en 2014, il a été démontré que 702 000 enfants avaient été victimes de maltraitance, soit 9.4/1000 enfants de la population (U.S. Department of Health & Human Services, 2016). Au Canada, l'ECI de 2008 (Étude canadienne sur l'incidence des signalements des cas de violence et de négligence envers les enfants; Trocmé, et al., 2010) a permis de dénombrer 85 440 cas de maltraitance corroborée, soit 14,19/1000 enfants. Lorsqu'on s'intéresse aux enfants d'Amérique du Nord, tout âge confondu, parmi les différentes formes que peut prendre la maltraitance, la plus invisible est aussi la plus courante. En effet, le principal motif de signalement retenu concerne la négligence (N) ou le risque sérieux de négligence (Trocmé et al., 2010; U.S. Department of Health & Human Services, 2016). Au Canada, l'exposition à la violence conjugale apparaît cependant dans une proportion égale. L'abus physique (AP) et le risque sérieux d'abus physique représentent quant à eux le deuxième type de motifs liés aux signalements le plus fréquent, l'abus sexuel étant la troisième forme la plus représentée aux États-Unis, tandis qu'au Canada il s'agit de la violence psychologique. Par ailleurs, il apparaît que ces taux varient selon l'âge des enfants et les plus touchés par ce fléau, tous types confondus, sont les moins de 12 ans (Trocmé et al., 2010).

**Au Québec chez les 0-12 ans.** Au Québec spécifiquement, le plus récent des bilans (INESSS, 2016) rapporte que 38.9% des signalements retenus chez les 0-12 ans sont motivés par la négligence, suivi de l'abus physique avec 32,8% du total. Ainsi, en 2015-2016, ce sont 10989 enfants 0-12 ans qui ont été pris en charge par les services de protection de la jeunesse pour négligence ou risque sérieux de négligence, soit près de 57,2 % des enfants suivis. Concrètement, celle-ci se manifeste le plus souvent sous forme d'un défaut de supervision ou de protection pouvant engendrer un préjudice physique à l'enfant, ou par de la négligence éducative (Trocme et al., 2008). Les mauvais traitements psychologiques sont le motif retenu pour la prise en charge de 21% de ces enfants, référant le plus souvent à une exposition à la violence conjugale (Hélie, Collin-Vézina, Turcotte, Trocme et Girouard, 2017). Quant à l'abus physique ou le risque sérieux d'abus physique, ils se retrouvent dans 14,7 % des cas, principalement lorsque le parent fait preuve d'une discipline physique abusive (Hélie et al., 2107). Les cas d'abus sexuel ou le risque sérieux d'abus sexuel représentent 4,1%, les troubles de comportement sérieux 1,3% et l'abandon 1,2% (DPJ, 2016). La négligence apparaît donc comme la forme prédominante de maltraitance rencontrée chez les 0-12 ans, motivant la majorité des signalements retenus et la prise en charge des enfants au Québec.

Malgré les données disponibles, seules les situations les plus visibles et les plus graves mènent à une prise en charge de l'enfant par les services de protection de la jeunesse, et donc en leur comptabilisation dans les statistiques annuelles. Or, il peut y



avoir maltraitance sans que celle-ci ne soit ni signalée ni corroborée. En réalité, le nombre de cas de maltraitance serait bien supérieur au nombre des cas réellement considérés (Trocmé et al., 2010; CDC, 2016).

### **Étiologie de la maltraitance**

**Un modèle écosystémique.** Par le passé, le modèle psychiatrique ou psychologique de la maltraitance voyait en l'agresseur sa cause. Les modèles sociologiques se concentraient sur les conditions contextuelles à l'origine de la maltraitance, tandis que les modèles social-interactionnistes pointaient du doigt l'interaction parent-enfant (Corcoran, 2000).

Il est admis actuellement que de telles théories prises isolément ne révèlent pas l'étiologie multifactorielle de la maltraitance. En effet, différents facteurs peuvent être en cause, tant dans l'environnement proximal de la famille immédiate que plus distal à l'échelle de la communauté (Cicchetti et Valentino, 2006). Ils peuvent être culturels (tolérance de la violence, etc.), liés à l'histoire de vie (transmission intergénérationnelle, etc.), à la situation actuelle (pauvreté, etc.), aux caractéristiques des parents (problèmes de santé mentale, etc.) ou des enfants (tempérament difficile, etc.) (Belsky, 1993; Corcoran, 2000). Le modèle écologique de Bronfenbrenner (1979) a permis de conceptualiser cette étiologie de la maltraitance selon une vision transactionnelle multifactorielle dans laquelle prennent place les relations parent-enfant. À travers celle-

ci, il apparaît que non seulement, il n'y a pas une seule cause derrière le phénomène de la maltraitance, mais il n'y a pas non plus un nombre minimal de causes pour qu'elle apparaisse. Elle découle de l'interaction complexe de multiples facteurs à différents niveaux de système dans lesquels évoluent les individus et la famille (OMS, 2015).

Le niveau individuel (ontosystème) implique les caractéristiques biologiques et les antécédents personnels des parents et des enfants. En effet, les parents biologiques sont les principaux auteurs des mauvais traitements (sauf dans les cas d'abus sexuel où ce sont les membres de la famille élargie ou du réseau en général), les pères étant plus susceptibles de commettre l'abus physique, les mères engagées davantage dans les autres problématiques (Hélie et al., 2017). Par ailleurs, l'un des parents de près d'un tiers des enfants victimes de négligence ou d'abus physique a lui-même été victime de maltraitance (Hélie et al., 2017). Au niveau des caractéristiques des enfants, il apparaît que chez plus de la moitié d'entre eux, une problématique clinique est présente lors de la prise en charge (dont un grand nombre de problèmes de comportements intériorisés et extériorisés). Au niveau relationnel (microsystème), les interactions entre les membres de la famille ou entre ses membres et son réseau social peuvent avoir une incidence sur l'apparition de mauvais traitements, par exemple l'isolement social. Au niveau communautaire (mésosystème), les spécificités des contextes dans lesquels prennent place les relations sociales de la famille interviennent également (relation de voisinage, avec l'école, en milieu de travail etc.). Au niveau sociétal (exosystème), des conditions de vie liées à la précarité financière, aux inégalités économiques, à des normes sociales

culturelles où le châtement corporel est toléré, où la violence est banalisée, contribuent à la maltraitance (Belsky, 1980).

Ce n'est donc pas une cause, ni la somme de causalités linéaires qui favorise l'émergence de mauvais traitements, mais les interactions circulaires, réciproques et complexes à l'origine d'un environnement relationnel pathogène (Cicchetti et Valentino, 2006) qui contribuent à celle-ci.

**Principaux facteurs de risque associés avec l'apparition de la maltraitance.** En toute logique avec une conceptualisation écosystémique de la maltraitance, il a été démontré que la présence de certains facteurs de risque en particulier dans l'environnement de la famille, ou de leur combinaison, créent un terrain propice à son émergence.

Tout d'abord, chez des parents dont le fonctionnement est altéré (physiquement ou psychologiquement) et en l'absence de soutien ou de ressources pour y pallier, leur disponibilité à s'engager dans leur rôle de parent (e.g., affectif, éducatif) est particulièrement compromise, tout comme leur capacité à répondre concrètement aux besoins de la famille (e.g., logement, factures, alimentation) (Lacharité, De Montigny, Miron et al., 2005). Comment être à l'écoute, supportant, chaleureux ou apte à faire face aux responsabilités du quotidien lorsque prendre soin de soi-même est déjà un défi? Au Québec, il apparaît que dans 78% des cas de maltraitance, au moins un des facteurs de

risque est associé au principal pourvoyeur de soin de l'enfant (Hélie et al., 2017), le plus souvent sa mère biologique. Plus celle-ci est jeune, moins elle est scolarisée et plus son histoire personnelle est teintée de problèmes d'abus passés et de problèmes de santé mentale, plus les traumatismes de l'enfant sont importants (Éthier, Bourrassa, Klapper et Dionne, 2006). Les difficultés les plus souvent rapportées par les parents impliqués en protection de la jeunesse sont le fait d'avoir été eux-mêmes victimes de violence familiale, de manquer de soutien social (celui-ci étant inadéquat ou inexistant, il ne joue pas son rôle supportant) et d'éprouver des problèmes psychologiques (Trocmé et al., 2008).

De plus, parmi les familles où surviennent des mauvais traitements, la majorité évolue dans un contexte socio-économique difficile, leurs revenus sont plus faibles que la moyenne et leurs logements moins sécuritaires (Hélie et al., 2017). La pauvreté est d'ailleurs un facteur de risque corrélé avec les différentes formes de maltraitance, mais tout particulièrement la négligence (Shaw et Shelleby, 2014). Le stress issu de ces difficultés, de cet isolement, de ce manque de ressources devient une difficulté de plus à surmonter, un obstacle de plus vers le bien-être de la famille et il a été clairement associé à l'augmentation du risque de maltraitance et de placement des enfants (Hélie et al., 2017). Par ailleurs, le manque de connaissances des parents face au développement de l'enfant, des soins à lui prodiguer, l'utilisation de stratégies éducatives inappropriées, favorisent des interactions parent-enfant dysfonctionnelles, nuisibles à la relation parent-enfant elle-même, pourtant nécessaire au bon développement de l'enfant, contribuant

ainsi au risque de voir apparaître des mauvais traitements (Hélie et al., 2017). En effet, les parents ont tendance à reproduire ce qu'ils ont vécu, ce qu'ils ont internalisés, ce qui contribue à définir une dynamique familiale particulière. Ils présentent souvent eux-mêmes des patrons d'attachement insécurisé de par leur vécu propre, ce qui entraîne un manque de sensibilité (disponibilité, réponse à l'enfant) dans leurs interactions avec leurs enfants. Ils démontrent également moins de comportements positifs à l'égard de ceux-ci (Wilson et al., 2008).

Ainsi, « Plusieurs chemins mènent à l'abus et à la négligence » (Belsky, 1993; traduction libre). Cependant, plusieurs auteurs distinguent différents patrons familiaux selon qu'il s'agit de négligence, d'abus physique ou de leur cooccurrence.

### **Caractéristiques des familles**

Selon la littérature, négligence, abus physique ainsi que leur cooccurrence sont des problématiques distinctes non seulement en termes d'étiologie, mais également de dynamique familiale (Hearn, 2011; Howes, Cicchetti, Toth, et Rogosch, 2000; Trocmé et al., 2010; Wilson et al., 2008; Zuravin, 1999).

**Négligence.** Le fonctionnement de la famille dite négligente est particulièrement chaotique. Sa dynamique familiale est caractérisée par des patrons d'interaction et de communication dysfonctionnels, tant dans la relation parent-enfant que dans la relation entre la famille et la communauté (Lacharité et al., 2005). Le manque d'implication

parentale est caractéristique de la relation parent-enfant en situation de négligence plus que dans les autres formes de maltraitance (Gaudin, Polanski, Kilpatrick et Shilton, 1996; Wilson et al., 2008). Les parents, souvent monoparentaux, portent peu d'attention à l'enfant. Les réponses aux demandes de ce dernier sont limitées, qu'elles soient concrètes ou affectives. Ils offrent peu d'émotions positives, peu d'empathie et une absence de proximité émotionnelle (CLIPP, 2008; Lacharité et al., 2005). De plus, les parents négligents sont plus submergés que les autres par des facteurs de stress quotidiens liés à leurs difficultés financières, à la toxicomanie, les problèmes de logement, la maladie et/ou les problèmes de santé mentale, fortement impliqués dans l'étiologie de la négligence. Leur disponibilité psychologique aux besoins de leurs enfants se trouve alors limitée. Ces familles vivent souvent dans un isolement important, surtout au niveau fonctionnel, leur réseau étant fréquemment constitué par un entourage où sévissent également la négligence et les problèmes sociaux. Ils profitent ainsi peu des ressources offertes par la communauté (Lacharité, 2014).

**Abus physique.** Lorsque l'abus physique se présente seul, il s'agit la plupart du temps d'un événement ponctuel dont la dynamique est liée à un contexte disciplinaire inapproprié. Les enfants sont souvent nés à l'extérieur du Canada et les normes éducatives de la famille diffèrent fréquemment de celles de la majorité (Larrivée et al., 2009).

Selon une perspective socio-interactionnelle, les parents qui recourent à l'abus physique ont une perception particulièrement biaisée des comportements de leurs enfants (Larrivée et al., 2009).

Ils surestiment les intentions négatives qu'ils leurs attribuent. Aussi, ils sont inconsistants et inefficaces pour obtenir leur obéissance en utilisant des comportements dissuasifs (cris, agression physique) plus rapidement que des parents bien traitants. L'utilisation de comportements dissuasifs est spécifique chez eux (Wilson et al., 2008). De plus, les parents ont souvent des difficultés dans la résolution de problèmes et en combinaison avec la présence de distorsions cognitives, cela peut exacerber leur niveau de frustration, ce qui contribue à la coercition et à l'abus physique.

Par ailleurs, on considère selon la théorie comportementale que les parents abusifs renforcent par inadvertance les comportements indésirables des enfants. Ce renforcement entraîne de la frustration chez les parents et peut être même des punitions physiques et de l'abus. Spécifiquement, un enfant, incapable d'obtenir de l'attention d'une autre façon, peut utiliser des comportements aversifs pour attirer l'attention parentale, même si cette attention est négative (Corcoran, 2000). Quand le parent répond à cette demande d'attention aversive, cela crée un renforcement positif qui augmente la probabilité d'apparition future du comportement aversif de l'enfant. Parallèlement, les comportements abusifs du parent sont également renforcés en obtenant ainsi que leur enfant se conforme. Ce patron d'interaction est susceptible d'engendrer une escalade des comportements coercitifs (Corcoran, 2000). La relation parent-enfant en situation d'abus

physique apparaît donc marquée davantage par la résistance de l'enfant dans son attachement au parent que les autres formes de maltraitance (Wilson et al., 2008).

**Cooccurrence N-AP.** Lorsque négligence et abus physique ont lieu conjointement, le climat familial est encore plus précaire. Il est teinté par un manque de souplesse et de cohésion dans la famille. La relation conjugale est souvent déficiente. Les épisodes de violence conjugale sont particulièrement nombreux et le niveau de stress est très élevé. Alors que l'abus physique seul est associé à un événement ponctuel lié à un fonctionnement dysnormatif dans la famille, sa cooccurrence avec la négligence est considérée comme une dynamique familiale dysfonctionnelle. En effet, dans un tel contexte, l'abus physique a tendance à se répéter, souvent motivé par l'impulsivité (Wilson et al., 2008). Au Canada, les enfants victimes de cette cooccurrence sont en majorité autochtones. Les familles comptent plus d'enfants et cumulent les difficultés financières, et de santé physique et mentale dans un contexte de grand isolement social (Larivée et al., 2009).

Par ailleurs, malgré une étiologie et des dynamiques familiales différenciables, les impacts associés à la maltraitance sont rapportés comme variables selon son type, sans pourtant que cela ne fasse consensus (De Panfilis et Zuravin, 2002; Pears, Kim et Fisher, 2008; Viesel et al., 2014).



## **Impacts de la maltraitance**

Les enfants confrontés à la maltraitance en ressentent d'autant plus les impacts qu'ils sont jeunes (moins de 12 ans, et surtout, 0-5 ans) (Masson, Bussières, East-Richard, Mercier et Cellard, 2015), qu'elle est sévère et que la durée des mauvais traitements est longue (Dufour, et al. 2003; Allin et al., 2005;  thier et al., 2006; Pears et al., 2008).

Les conditions de vie et les relations qui entourent l'enfant ont une influence sur son développement biologique. Et ce développement biologique est la pierre d'appui du développement de toutes les autres dimensions de son fonctionnement (Cicchetti, 2016). Les impacts de la maltraitance envers les enfants peuvent ainsi toucher toutes les sphères de leur développement et se répercuter tout au long de la vie de ceux-ci, tant à l'adolescence qu'à l'âge adulte (Harden et al., 2016). La sphère cognitive est souvent la plus souvent affectée (Masson et al., 2015) et l'expression de comportements intériorisés et extériorisés chez l'enfant est particulièrement favorisée (Keil et Price, 2006 ; Lehmann et al., 2013).

## **Expression des problèmes de comportement intériorisés et des problèmes de comportement extériorisés chez les enfants victimes de maltraitance**

**Définition.** Les problèmes de comportement, qu'ils soient de nature intériorisée ou extériorisée, sont considérés comme des comportements déviants des normes sociales et nuisant aux interactions sociales d'un individu de façon répétitive et persistante (Bornstein, Hahn et Haynes, 2010). Les problèmes de comportement intériorisés (PCI)

sont associés à des sentiments de timidité, d'infériorité voire d'hypersensibilité, pouvant mener à des symptômes de dépression, de retrait, d'anxiété et/ou de somatisation (Achenbach, Howell, Quay et Conners, 1991). Les comportements agressifs, de manque de contrôle et d'autorégulation, de non-respect voire antisociaux réfèrent, quant à eux, aux problèmes de comportement extériorisés (PCE) (Achenbach et al., 1991).

**Étiologie.** Tout d'abord, l'apparition de comportements intériorisés et extériorisés chez les enfants victimes de maltraitance est liée à leur développement socio-émotionnel, notamment à l'attachement, ainsi qu'à leur développement neurobiologique, les deux étant intimement associés.

« La maltraitance est considérée comme une perturbation sévère de la relation entre le parent et l'enfant qui entrave de façon importante le bon développement de ce dernier » (St-Laurent, Larin, Tarabulsy et al., 2008). Il est bien documenté dans la littérature que le développement adéquat de l'enfant repose sur l'établissement de liens significatifs et stables (Al Odhayani, Watson et Watson, 2013; Cicchetti, 2016; St-Laurent et al., 2008). C'est à partir d'une relation sécuritaire, qu'il utilise comme base pour explorer l'environnement de façon sécurisante et comme source de réconfort, que l'enfant se crée une image positive de lui-même, des autres et un référentiel relationnel pour le futur (St-Laurent et al., 2008; Cicchetti, 2016). Dans un contexte maltraitant, le parent, à défaut de représenter sécurité et chaleur dans ses interactions, est davantage source de détresse et de maux, voire même de peur. Les relations parent-enfant seront

alors teintées par les conflits, la fuite ou l'évitement (Cicchetti et Toth, 2005 ; St-Laurent et al., 2008), ce que documente une récente méta-analyse basée sur 55 études, puisque le modèle d'attachement le plus fréquent chez les enfants maltraités est de type insécurisant, et surtout de type désorganisé (Cyr et al., 2010). De telles interactions négatives compromettent le développement biologique et cérébral de l'enfant, et ce développement biologique est la pierre angulaire du développement de toutes les autres sphères de son fonctionnement (Cicchetti, 2016). Spécifiquement chez les tout-petits, la fragilité du cerveau en construction, sa croissance particulièrement importante durant cette période par rapport à tout autre moment de la vie et sa grande plasticité rendent l'enfant particulièrement vulnérable. Son développement adéquat étant particulièrement sensible à des épisodes ou événements de vie traumatiques, tels que des mauvais traitements, ceux-ci peuvent conduire à de graves séquelles neurobiologiques (Cicchetti, 2016; Bick et Nelson, 2016; Harden et al., 2016;). Or, le développement neurobiologique influence significativement le développement physique, cognitif, émotionnel et comportemental de l'enfant (Al Odhayani et al., 2013; De Bellis, 2001).

De plus, l'expression des comportements intériorisés et extériorisés chez les enfants victimes de mauvais traitements dépend de leur capacité de régulation émotionnelle, facteur d'influence majeur de la régulation comportementale d'un individu. Les enfants maltraités manifestent des difficultés à comprendre et exprimer leurs émotions. Selon une estimation rapportée par Cicchetti en 2016, environ 80% des enfants maltraités d'âge préscolaire feraient preuve de dysrégulation émotionnelle, versus 37% des enfants

non maltraités. Les enfants abusés ont tendance à exprimer davantage de sentiments négatifs comme la colère, et les enfants négligés ont de la difficulté à les différencier (Harden et al., 2016; Shields et Cicchetti, 2001). Selon plusieurs études, il est démontré que la dysrégulation émotionnelle de l'enfant peut induire des problèmes de régulation comportementale et des difficultés d'adaptation (Cicchetti et al., 2010; Cicchetti, 2016). En effet, une des fonctions centrales du système des émotions est de motiver et d'organiser le comportement, mais il permet également la coordination avec le système cognitif. Ainsi, un dysfonctionnement dans la communication entre ces systèmes peut induire l'expression des problèmes de comportements intériorisés et extériorisés, particulièrement prévalents chez les enfants maltraités (Cicchetti et al., 2010; Cicchetti, 2016; Éthier et al., 2004; Harden et al., 2016; Norman et al., 2012).

**Caractéristiques.** Plusieurs études chez les adolescents démontrent que parmi ceux confrontés à la négligence et à l'abus pendant l'enfance, la prévalence des problèmes de comportements intériorisés et extériorisés, tels que la dépression, l'anxiété ou l'hyperactivité ainsi que les difficultés relationnelles sont élevées, la délinquance et les arrestations sont aussi plus fréquents (Cicchetti, 2005). À l'âge adulte, la présence de psychopathologie dont les symptômes sont de type intériorisés et extériorisés sont également plus représentés que dans la population générale (Viezel et al., 2014).

Dans la littérature des 20 dernières années, leur expression a été étudiée et associée à différentes variables. D'une part, les comportements extériorisés seraient plus fréquents chez les garçons et les comportements intériorisés chez les filles (Achenbach et al.,

1991; Maschi, Morgen, Bradley et Hatcher, 2008). D'autre part, plus la maltraitance est subie de façon chronique et sévère, plus les problèmes de comportement sont importants en général, et plus particulièrement ceux en lien avec l'anxiété, la dépression, l'agressivité et les comportements de retrait (Éthier et al., 2004; Lynch et Cicchetti, 1998). Pour finir, l'abus physique a déjà été davantage associé à l'expression de problèmes extériorisés, la négligence aux troubles intériorisés, cette distinction ne faisant pas toujours consensus (Pears et al., 2008; Petrenko, Friend, Garrido et al., 2012).

Comme dit précédemment, plus les enfants sont victimes de mauvais traitements, plus ils expriment de problèmes de comportement (Éthier et al., 2004; Lynch et Cicchetti 1998), et plus ils expriment de problèmes de comportement, plus leur fonctionnement dans ces différentes sphères est affecté. En effet, en s'intéressant au comportement adaptatif des enfants maltraités selon qu'ils aient été victimes de négligence ou d'abus physique, Viesel et ses collaborateurs (2014) démontrent que plus les enfants manifestent de problèmes de comportement, plus leur fonctionnement adaptatif général est détérioré. Par exemple, un enfant aux prises avec un comportement de type intériorisé tel que l'anxiété, peut avoir de plus grandes difficultés que les autres à établir et maintenir des relations sociales, ce qui influencera ses habiletés sociales, son réseau et donc son développement socio-émotionnel. Également, un enfant colérique ou hyperactif peut faire preuve de moins de concentration et d'attention que les autres en classe et ainsi voir certains apprentissages compromis (Viesel et al., 2014).

Les problèmes de comportement peuvent donc être considérés comme des conséquences de la maltraitance, dont l'expression est une difficulté en elle-même pour l'enfant, et, qui influence à son tour le fonctionnement et le développement de l'enfant dans ses différentes sphères (Bayer et Beatson, 2013; Laurendeau, 2012; Mian et Carter, 2013). Ils représentent donc, non seulement par leur prévalence, mais par l'importance de leurs impacts, des difficultés dont la prise en charge chez l'enfant est primordiale, et dont l'amélioration se doit d'être considérée.

Face à de telles répercussions de la maltraitance sur la trajectoire de vie des enfants qui en sont victimes, de nombreux efforts sont faits dans le monde pour éviter que celle-ci ne se reproduise lorsqu'elle a déjà eu lieu et en limiter ses impacts. Plusieurs programmes d'intervention existent dans les différents systèmes de protection de la jeunesse, utilisant différentes stratégies et visant différentes cibles.

## **Maltraitance et interventions**

### **Programmes existants**

En Amérique du Nord, les interventions offertes aux familles suivies en protection de la jeunesse visent d'une part à éviter la réapparition des mauvais traitements et à stabiliser la situation familiale dans la mesure où l'on tente de préserver la cellule familiale d'une manière ou d'une autre (CJQ-IU, 2103). Leur objectif est donc que

l'enfant puisse rester dans sa famille ou qu'il puisse y retourner, dans un contexte assurant sa sécurité et son développement (DPJ, 2016). D'autre part, les interventions tentent d'atténuer les effets des mauvais traitements subis et de promouvoir le bien-être des enfants victimes de maltraitance (Harden et al., 2016). Pour ce faire, les services usuels dispensés peuvent combiner des services de réadaptation et d'intervention sociale à des programmes particuliers, par exemple les programmes *Nurturing Program* ou encore *SafeCare* aux États-Unis. Au Québec, les services s'organisent selon le protocole du projet de vie de l'enfant (CJQ-IU, 2014) et/ou via des programmes précis, tels que *Espace* ou *PAPFC*<sup>2</sup> (Brousseau, 2012; Dufour et Chamberland, 2009).

Il existe une grande diversité de programmes et ils sont généralement destinés : aux parents et/ou aux enfants ou encore à l'ensemble de la famille (Barlow, Johnston, Kendrick et al., 2006; Dufour et Chamberland, 2003). En effet, certains programmes s'adressent seulement aux parents, comme les programmes d'entraînement aux habiletés parentales, tel que le programme *Ces années incroyables* (Letarte, et al., 2010). D'autres interviennent auprès des parents et des enfants conjointement, comme la *Parent-Child Interaction Therapy* (Chaffin et al., 2004). Finalement, d'autres ciblent les parents et les enfants séparément par des interventions offertes en parallèle (*Individual child and parent Cognitive-Behavioral Therapy*, CBT, Kolko, 1996).

La majorité de ces programmes proposent différents curriculums selon l'âge des enfants, le niveau de sévérité de la problématique et le niveau d'intervention requis. Ils

ont différents objectifs (e.g., les pratiques parentales, les relations parent-enfant, les comportements des enfants, le développement du réseau social) et ils peuvent être multidimensionnels (e.g., offrir du soutien concret, intervention à domicile, intervention de groupe) (Allin et al., 2005; Barlow et al., 2006; Dufour et Chamberland, 2009).

Pour finir, ces programmes d'intervention peuvent s'adresser à une forme précise de maltraitance, par exemple *SafeCare for child neglect*, destiné spécifiquement aux familles d'enfants négligés aux États-Unis (Chaffin et al., 2012), ou le programme *Élan* (CJQ-IU, 2016) à Québec, tandis que d'autres, tels que *Ces années Incroyables*, appliqués entre autres à Montréal et aux États-Unis (sous le nom de *Incredible Years*), s'adressent à la maltraitance en général, sans en préciser le type (Letarte et al., 2010). Ainsi, il est possible de prioriser différents objectifs d'intervention selon le type de mauvais traitements vécus, mais ce n'est pas toujours le cas (Bath et Happala, 1993; Corcoran, 2000).

**Objectifs principaux des programmes destinés aux familles en situation d'abus physique.** Parmi les différents programmes utilisés auprès des familles où un abus physique a eu lieu, des objectifs communs se retrouvent afin de répondre aux besoins spécifiques à cette problématique. Basés le plus souvent sur une approche relationnelle, via des méthodes comportementales ou cognitivo-comportementales (Kolko, Iselin et Gully, 2011; Toth, Gravener-Davies et Cicchetti, 2013), les programmes, par exemple, *la Parent-Child Interaction Therapy* (Chaffin et al., 2004; Toth et al., 2013), la *Family*



*Therapy* (FT, Kolko et al., 2011), l'*Abuse-Focused Cognitive-Behavioral Therapy* (AF-CBT; Kolko, 1996; Kolko et Swenson, 2002), ont des objectifs concrets: l'arrêt de l'abus, l'amélioration de l'environnement de vie, et la diminution des symptômes de l'enfant (Chaffin et al., 2004). Pour ce faire, une emphase particulière est mise sur la modification des pratiques parentales et sur l'amélioration de la qualité des interactions parent-enfant. Le parent apprend entre autres à utiliser des stratégies alternatives positives efficaces plutôt que la discipline physique (Toth et al., 2013). De plus, les compétences d'auto-contrôle du parent et la gestion de sa colère sont adressées afin de diminuer l'utilisation d'intimidation et de violence à la maison ainsi que la récurrence des mauvais traitements (Chaffin et al., 2004; Kolko et al., 2011). C'est donc en modifiant entre autres les comportements parentaux d'une part, afin de contrer le cycle coercitif avec l'enfant, que l'intervention compte indirectement améliorer le bien-être de celui-ci, dont l'expression de ses comportements intériorisés et extériorisés. D'autre part, certains programmes seulement, en intervenant directement auprès de l'enfant, traitent de ses difficultés comportementales et émotionnelles, de son bien-être, de son fonctionnement et sa sécurité (Kolko et al., 2011).

Par ailleurs, de plus en plus de programmes, par exemple la *Combined Parent-Child CBT* (CPC-CBT; Runyon, Deblinger et Schroder, 2009) ou la *Children Parent Psychotherapy* (CPP; Harden et al., 2016), visent le trauma associé à l'abus chez l'enfant en ciblant directement l'expression de celui-ci, notamment les symptômes de stress post-traumatique (Kolko et al., 2011; Runyon et al., 2009; Toth et al., 2013,

Harden et al., 2016). Pour ce faire, les parents et les enfants sont invités à discuter de l'abus ensemble graduellement afin d'ouvrir une communication quant à cette expérience, de normaliser celle-ci et de diminuer les croyances dysfonctionnelles de l'enfant à ce sujet, tels que la honte ou le sentiment de blâme (Harden et al., 2016).

**Objectifs principaux des programmes destinés aux familles en situation de négligence.** (Appendice 1). Le contexte particulier dans lequel prennent place les situations de négligence ainsi que la dynamique propre à ces familles nécessitent l'utilisation d'une approche écosystémique (DePanfilis et Zuravin, 2002), via des programmes multidimensionnels, tels que par exemple le programme *Élan* au Québec, ou *SafeCare for Child Neglect* aux États-Unis. En contexte de négligence, la famille est soumise tant à des difficultés psychologiques, sociales qu'économiques, autant de cibles à privilégier en intervention. Les programmes visent donc différents niveaux du système parent-enfant, sans quoi le pronostic d'amélioration de la situation est faible (CLIPP, 2008; INESS, 2014; Lacharité, 2014). Premièrement, ils offrent un soutien psychologique pour favoriser le développement personnel des parents (*PAPFC*<sup>2</sup>, *Nurturing programs*). En effet, les problèmes personnels des parents (e.g., santé mentale, abus de substance, traumatismes dans l'enfance) sont une cible à privilégier puisqu'ils peuvent directement nuire à leur disponibilité psychologique et entraîner une résistance passive de leur part à l'intervention (CLIPP, 2008). Deuxièmement, l'enfant a particulièrement besoin de stimulation puisque la relation parent-enfant, en contexte de négligence, peut se caractériser par un profond manque de sensibilité du parent à l'égard

de l'enfant, tant en termes d'interactions que de soins offerts (Lacharité et al., 2005; Moran, 2009). Dans ce cas, les parents peuvent être encouragés à participer à différentes activités communautaires afin de stimuler leur enfant et interagir davantage avec lui, et/ou être soutenus pour développer leurs habiletés à le faire (Lacharité et al., 2005). L'*intervention relationnelle* (Moss, Dubois-Comtois, Cyr et al., 2011) par exemple, vise à développer les interactions parent-enfant à l'aide de rétroaction vidéo afin de modeler les comportements parentaux, ainsi que les connaissances du parent quant au développement et aux besoins de son enfant (e.g., *SafeCare for child neglect*, *Ces années incroyables*, *Nurturing programs*). Troisièmement, les programmes destinés à lutter contre la négligence visent une action sur l'ensemble de la famille, voire la famille élargie (Lacharité et al., 2005). En effet, même si des effets positifs surviennent dans la famille après une intervention, le contexte social dans lequel elle évolue, souvent négligent lui aussi, est un grand facteur de risque pour que les bénéfices des interventions se maintiennent. Certains programmes visent alors la qualité du réseau social ainsi que la relation famille-communauté (e.g., *PAPFC*<sup>2</sup>, *Projet Famille*). Quatrièmement, les programmes peuvent inclure un soutien matériel aux parents, dont la réalité socio-économique précaire est un stress de plus dans leur vie déjà hypothéquée par les différentes difficultés évoquées plus haut. Pour finir, il s'avère que le caractère chronique et la multiplicité des besoins de ces familles en contexte de négligence font de cette problématique l'une des plus difficiles à éradiquer, nécessitant des interventions sur le long terme, de 18 à 24 mois (CLIPP, 2008).

Ainsi, la relation parent-enfant est au cœur des problématiques de maltraitance (St-Laurent et al., 2008), et peu importe le type de mauvais traitement, elle est une cible à travailler en intervention. Or, il est possible de constater que, d'une part, certaines cibles spécifiques de la dynamique de l'abus physique (e.g., autocontrôle du parent, gestion de la colère) diffèrent de celles de la négligence (e.g., caractère multisystémique et long terme). D'autre part, l'expression des comportements intériorisés et extériorisés des enfants, quant à elle, est une cible plus ou moins distale dans les interventions, et ce, quelle que soit la problématique.

### **Evaluation des programmes**

Comme illustré précédemment, les interventions offertes en protection de la jeunesse combinent des services usuels à des programmes précis. En termes d'évaluation de l'efficacité de ces pratiques, il s'avère que celle-ci consiste essentiellement en l'évaluation de l'efficacité des programmes précis, et non de l'intégralité de l'offre de services. Parmi les études existantes à ce sujet, deux constats majeurs prédominent.

Premièrement, l'efficacité des programmes évalués est variable selon la nature de ceux-ci, mais également selon les variables à l'étude. Selon Chaffin et Friedrich (2004), quoi que les programmes aient des objectifs distaux dont l'atteinte peut être d'une importance majeure, l'évaluation de leur efficacité porte le plus souvent sur leurs composantes proximales. Ce qui est le cas concernant l'évaluation de l'efficacité des programmes en protection de la jeunesse. En effet, c'est souvent à partir d'indicateurs

parentaux (e.g., pratiques parentales, stress parental, soutien social, problèmes parentaux de santé mentale, dépendance) et des taux de récurrence des mauvais traitements (composantes proximales) que cette efficacité s'évalue (Allin et al., 2005). Cependant, via les objectifs poursuivis par les différents programmes, que ce soit auprès de l'enfant, du parent ou des deux séparément ou conjointement, le but reste de mettre un terme à la situation de compromission mais également de favoriser le développement de l'enfant (Brotherson et al., 2011; Chaffin, Hecht et al. 2012), objectif plus ou moins distal dans les interventions offertes en protection de la jeunesse, mais toujours visé implicitement puisque partie prenante des symptômes post trauma de l'enfant (Milne et Collin-Vézina, en préparation; National Child Trauma Stress Network, 2017). Mesurer l'efficacité des moyens utilisés pour éviter la réapparition de la maltraitance auprès des familles ne serait donc fait que de façon partielle si on ne jette un regard que sur les indicateurs parentaux ou la récurrence des mauvais traitements (Dufour et al., 2003). Dans les faits, favoriser le bien-être de l'enfant s'opérationnalise dans les symptômes qu'il manifeste, ou qu'il cesse de manifester, entre autres mesurables par l'expression des comportements intériorisés et extériorisés. Ils sont la vitrine de son vécu, de son ressenti, témoignant des impacts liés aux mauvais traitements (Al Odhayani et al., 2013; De Bellis, 2001), indicateurs qu'il est recommandé de considérer afin de rendre compte du bien-être des enfants et de la multiplicité des cibles d'intervention (Larrivée et al., 2009).

C'est donc dans le but de porter un regard sur un objectif distal mais primordial des programmes d'intervention en protection de la jeunesse, le bien-être de l'enfant, que leurs comportements intériorisés et extériorisés sont ici les variables dépendantes à l'étude. Des indicateurs liés à ceux-ci sont rapportés dans certaines études via des échelles de mesures standardisées de leurs comportements extériorisés et intériorisés (Allin et al., 2005; Brousseau, 2012; Letarte et al., 2011; MacMillan, Thomas et al. 2005). Les outils les plus couramment utilisés sont le *Child Behavior Checklist* (CBCL; Achenbach, 2002) et le *Behavior Assessment System for Children* (BASC, Reynolds et Kamphaus, 2015), dont les échelles détaillent l'intensité des comportements intériorisés et extériorisés séparément.

Deuxièmement, lorsqu'on s'intéresse à l'efficacité des programmes offerts, les résultats sont difficiles à interpréter : négligence et abus physique sont couramment appréhendés et évalués comme une même problématique, malgré que les caractéristiques des familles et des problèmes familiaux de ces deux groupes se distinguent clairement. Précisément, l'efficacité des interventions en négligence et en négligence-abus physique est souvent généralisée à partir d'études sur l'abus physique, voire à partir d'études où la composition de l'échantillon n'est pas précisée (Corcoran, 2000; Larrivée et al., 2009; Wilson et al., 2008). Or, dès 1993, Bath et Happaala soulèvent la nécessité de déterminer les caractéristiques spécifiques des différentes formes de maltraitance ainsi que l'impact de l'intervention en fonction du motif de compromission spécifique. Encore récemment, les mêmes recommandations sont faites, les portraits familiaux et situationnels sont

d'autant plus dissemblables qu'il s'agit d'abus physique seul ou de cooccurrence, et tout spécialement dans le cas de cooccurrence négligence-abus physique (Larrivée et al., 2009). Cela s'observe d'ailleurs directement dans la revue systématique menée par Allin et ses collaborateurs en 2005. Dans celle-ci, l'objectif censé être poursuivi est d'examiner les preuves disponibles de l'efficacité globale des interventions auprès des enfants négligés. Cependant, en regardant le détail des 14 études évaluées, aucune ne comporte d'échantillon composé d'enfants majoritairement victimes de négligence. Or, selon les spécificités de chaque type de maltraitance, rien n'indique qu'il soit possible d'appliquer entre autres des résultats issus d'une recherche sur une population confrontée à l'abus physique à une population en contexte de négligence (Corcoran, 2000; Allin et al., 2005; Barlow et al., 2006). En effet, certains programmes dont les objectifs visent des patrons de fonctionnement parentaux liés à l'abus physique peuvent être inappropriés dans un contexte de négligence (Barlow et al., 2006).

Ainsi, le type de mauvais traitements caractérisant l'échantillon à l'étude dans les articles devra être précisé pour qu'ils soient retenus dans ce travail de recherche.

### **Efficacité des programmes d'intervention offerts aux familles suivies en PJ**

À ce sujet, parmi les études précisant si l'échantillon a été victime de N, d'AP ou de N-AP et qui s'intéressent à l'impact des programmes sur les comportements des enfants, les résultats sont mitigés, variant selon les programmes évalués et les devis de recherche utilisés. Par exemple, dans leur étude de 2009, Runyon et ses collaborateurs rapportent

que la *Combined Parent-Child Cognitive-Behavioral Therapy* (CPC-CBT) offerte à des familles suivies pour AP ( $n=21$ ), améliore de façon considérable l'expression des comportements tant intériorisés ( $d=1.08$ ;  $p=0.001$ ) qu'extériorisés ( $d=1.46$ ,  $p=0.001$ ) chez les enfants, en l'absence de groupe contrôle. En 2013, Kjellgren, Svedin et Nilsson abondent en ce sens en étudiant 27 enfants victimes d'AP, également en l'absence de groupe contrôle (comportements intériorisés :  $d=0.66$ ;  $p=0.003$ ; extériorisés :  $d=0.71$ ,  $p=0.001$ ). Cependant, lorsque les études rapportent des mesures liées aux comportements des enfants en comparant des programmes spécifiques à un groupe contrôle recevant des services usuels, les améliorations rapportées ne sont pas meilleures dans le groupe expérimental. Par exemple, Kolko, en 1996, en comparant des groupes d'enfants victimes d'AP, démontre que tant la *CBT* que la *Family Therapy* (FT) n'améliorent pas davantage les comportements des enfants que les services usuels, tout comme Chaffin et ses collègues, en 2004, ne révèlent pas d'amélioration significative différente entre les groupes en comparant la *Parent-Child Interaction Therapy* (PCIT) et la *Enhanced-PCIT* (EPCIT) avec les services usuels.

Il est alors intéressant de faire le point sur l'ensemble de cette littérature et d'établir à l'aide de toutes ces études si, de façon générale, les programmes offerts en protection de la jeunesse permettent de réduire l'expression des PCI et PCE des enfants victimes de N, d'AP et N-AP.



### **Constats**

L'étiologie et la dynamique familiale impliquées en N, AP, ou N-AP sont distinctes (Hearn, 2011; Trocmé et al., 2010), la prévalence des problèmes de comportement est très élevée chez les enfants victimes de maltraitance et leur amélioration est visée plus ou moins directement par les programmes d'intervention, (Keil et Price, 2006; Norman et al., 2012), or, dans la littérature actuelle :

L'efficacité globale des programmes offerts aux familles prises en charge en PJ est souvent mesurée par rapport à son taux de récurrence de placements ou d'indicateurs parentaux sans offrir de regard sur le bien-être des enfants, et ce, souvent sans égard au type de maltraitance impliqué (Allin et al., 2005; Belsky, 1993; Corcoran, 2000; Dufour et al., 2009). En revanche, lorsque les études le précisent, l'efficacité globale des programmes sur les PCI et les PCE est hétérogène.

### **Objectifs de recherche**

Les objectifs sont les suivants : 1) Évaluer l'efficacité globale des programmes offerts aux familles suivies en protection de la jeunesse où il y a eu N, AP ou N-AP sur les PCI et les PCE de ces enfants et 2) Vérifier l'influence de différentes variables de modération sur l'efficacité de ces programmes, dont notamment, le caractère spécifique ou non-spécifique du programme utilisé.

### **Hypothèses**

Il est attendu que l'efficacité globale des programmes offerts en protection de la jeunesse favorisent la diminution des PCI et des PCE. Ensuite, il est prévu que les types de programmes d'intervention spécifiquement destinés à un type de maltraitance particulier (N, AP ou N-AP) le permettent davantage que les programmes d'intervention ciblant la maltraitance en général et ce, autant pour les PCI que pour les PCE.

## **Méthodologie**

Afin de répondre aux questions de recherche, il a été décidé de réaliser une synthèse quantitative des résultats empiriques disponibles, tant à partir de la littérature scientifique que de la littérature grise. La méthodologie utilisée est celle de la méta-analyse telle que spécifiée par Borenstein, Hedges, Higgins et Rothstein (2009). Pour ce faire, dans une première étape, un inventaire exhaustif des recherches empiriques sur l'efficacité des programmes offerts en protection de la jeunesse aux familles aux prises avec de la négligence, de l'abus physique ou de leur cooccurrence a été dressé à l'aide des étapes de réalisation d'une revue systématique (Martin et Renaud, 2013). Dans la deuxième étape, une série de deux méta-analyses a été réalisée selon les variables dépendantes à l'étude : la première sur les comportements intériorisés des enfants (méta-analyse CI) et la seconde sur leurs comportements extériorisés (méta-analyse CE). Différentes analyses selon les modérateurs éventuels ont été ensuite conduites afin préciser le détail de ces associations.

Afin de produire une analyse transparente, robuste et reproductible des données à l'étude, le protocole de la démarche utilisée par l'auteure est décrit dans la section suivante.

## **Sources des données et recension**

### **Critères d'inclusion-exclusion**

Afin de distinguer les études permettant d'apporter une réponse à nos questions de recherche de celles à exclure, les critères suivants ont été déterminés : 1) L'intervention, dont la nature peut varier, vise à contrer la récurrence de la maltraitance, 2) Au moins un épisode de mauvais traitements a eu lieu, et la preuve en a été apportée (Appendice 2), 3) la nature de la maltraitance vécue par les enfants constituant l'échantillon est précisée (N, AP ou N-AP), 4) les enfants ont entre 0 et 12 ans, 5) au moins une mesure des comportements intériorisés et/ou extériorisés de l'enfant suite à l'intervention est rapportée, 7) le devis est de type expérimental ou quasi-expérimental et 8) l'article est rédigé en langue française, anglaise ou espagnole.

### **Recension des articles**

Trois méthodes de recherche ont été utilisées en Octobre 2016 afin de réaliser la revue systématique (Borenstein et al., 2009; Martin et Renaud, 2013). D'une part, les bases de données suivantes ont été consultées : Psycinfo, Medline, Eric et CINHALL, à l'aide de différents mots-clés : l'intervention (intervention OR treatment OR program), le contexte (child neglect OR child physical abuse OR child maltreatment OR child protection OR abusive parent\* OR maltreating parent\*) et l'efficacité (efficacy OR

effectiveness OR best practice OR evaluation). Les articles ciblés ont été publiés entre 1970 et 2016 inclusivement. D'autre part, afin de maximiser l'exhaustivité de la recherche, une recherche manuelle parmi les références des articles obtenus par les bases de données a été réalisée et finalement, des experts dans le domaine ont été contactés par courriel afin de leur demander s'ils avaient des écrits à insérer dans la revue systématique (Appendice 3). Une mise à jour de la littérature basée sur les mêmes lignes directrices a été réalisée en Mai 2017.

### **Extraction des données**

L'auteur de ce mémoire a codé les études pour extraire les données, consultant en cas de doute ses directrices de recherche. Pour ce faire, une grille d'extraction a été réalisée afin de rassembler les informations pertinentes aux deux méta-analyses à partir des études retenues (Appendice 4). Dans celle-ci, les informations concernant les facteurs modérateurs suivants ont été rassemblées.

**Type de maltraitance.** Afin de déterminer si les échantillons pouvaient être considérés de type négligence, abus physique ou de leur cooccurrence, il a été décidé qu'un échantillon composé à 70 % et plus d'un type de maltraitance serait associé à son type dominant afin qu'il soit représentatif de la problématique en question. La composition de l'échantillon de chaque étude a été ainsi précisée.

### **Spécificité du programme à une forme de mauvais traitements (N, AP ou N-AP).**

Les études ont été assignées à un sous-groupe selon que le programme d'intervention offert était de type spécifique à la N, à l'AP ou à la N-AP, ou non. Pour ce faire, le détail de chacun des programmes a été vérifié. Lorsque cela n'était pas clairement indiqué dans l'article, des recherches plus approfondies ont été menées afin de préciser la forme de maltraitance visée par l'intervention utilisée. Ainsi, il peut arriver que malgré que l'intervention porte le même nom, par exemple la PCIT (*Parent-Child Interaction Therapy*), les modalités dans lesquelles celle-ci a été appliquée par l'équipe de recherche fasse en sorte que dans une étude celle-ci ait été considérée comme spécifique et dans une autre, non-spécifique. Ce qui est par exemple le cas lorsqu'on considère dans l'étude de Thomas et al., (2011) que la PCIT est non spécifique, mais spécifique dans celle de Chaffin et al. (2004). En effet, dans le protocole de celui-ci, il est clairement nommé qu'une adaptation particulière a été réalisée en vue de l'offrir aux enfants victimes d'AP.

**Mesures de comportement.** Le type de comportement mesuré chez les enfants a été précisé par deux dimensions différentes : les problèmes de comportement intériorisés (PCI) d'une part (e.g., anxiété, dépression) et les problèmes de comportement extériorisés (PCE) (e.g., agressivité, opposition) d'autre part, selon la définition qu'en donnent Bornstein et al. (2010). Dépendamment de l'outil de mesure utilisé, soit le *Child Behavior Checklist* (CBCL; Achenbach, 2002), ou le *Behavior Assessment System for Children* (BASC, Reynolds et Kamphaus, 2015), l'échelle utilisée (intériorisée ou extériorisée) était précisée dans l'article. Cependant, dans le cas de l'*Eyberg Child*

*Behavior Inventory* (ECBI; Eyberg et Pincus, 1999), il a été décidé que les résultats rapportés soient considérés comme de type extériorisé puisque cet outil présente une forte corrélation avec l'échelle extériorisée du CBCL (Boggs, Eyberg et Reynolds, 1990). Par ailleurs, dans le cas du *Revised Behavior Problems Checklist* (RBPC; Quay, 1983), mesure utilisée dans l'étude de MacMillan et al. (2005), 6 sous-échelles sont rapportées. Afin d'être cohérent avec les données utilisées dans les autres études, l'échelle de l'anxiété a été utilisée comme mesure des comportements intériorisés, tandis que celles de l'attention et des troubles des conduites ont été fusionnées pour considérer les PCE, ce qui peut être comparé aux mesures réalisées avec le CBCL et le BASC. Lorsque deux échelles de comportement mesurant une même dimension étaient utilisées, par exemple dans l'étude de Linares, Montalto, Li et Oza (2006) utilisant l'échelle extériorisée du CBCL et l'ECBI, la moyenne de l'effet de ces deux mesures a été calculée afin de ne pas dédoubler le poids de l'étude ou encore de la sur-présenter dans les analyses.

**Cibles des programmes.** En consultant les protocoles d'intervention présentés dans les études, il a été déterminé si les interventions recensées étaient offertes aux parents seulement, aux enfants uniquement, aux deux groupes en parallèle ou aux deux conjointement, ciblant alors l'interaction parent-enfant.

**Niveau de comparaison des mesures.** Le type de devis utilisé dans chaque étude a été spécifié. Cependant, dans certaines études pourtant expérimentales, il n'a pas été



possible compte tenu du manque de statistiques disponibles de comparer les deux groupes à l'étude. Dans pareils cas, afin de pouvoir conserver un maximum d'études en vue de méta-analyse, les données pré-post du groupe expérimental ont été utilisées dans les analyses. Par conséquent, il a été décidé de considérer le niveau de comparaison entre les groupes comme variable modératrice plutôt que le devis utilisé dans les études. Deux catégories ont ainsi été définies : *comparaison intragroupe* quand les mesures comparées étaient des données pré-post et *comparaison intergroupes* quand il s'agissait de mesures entre un groupe contrôle et un groupe expérimental.

**Autres modérateurs.** L'année de publication, le nombre de participants dans les groupes, l'âge moyen des enfants, celui des parents, la nature de l'outil de mesure, le nombre de garçons et de filles composant les échantillons, ainsi que la durée et le nombre d'interventions ont également été considérés lorsque l'information était disponible. Concernant le nombre de garçons et de filles, lorsque celui-ci n'était pas spécifié, il a été considéré que l'échantillon était composé de 50 % de garçons et de 50% de filles.

Les données statistiques de chaque étude ont été transcrites directement dans le logiciel de méta-analyse (Comprehensive Meta-Analysis software, (CMA), v.3, 2015) afin de limiter les erreurs de multiples transcriptions.

### **Évaluation du risque de biais**

Afin de s'assurer que les résultats issus des études sélectionnées soient valides, une évaluation du risque de biais est recommandée (Higgins et al., 2011; Martin et Renaud, 2013). En effet, différents aspects des études retenues se doivent d'être vérifiés, tant dans la méthode utilisée dans les projets que dans la cohérence entre les objectifs poursuivis et les résultats rapportés. Cette démarche a été réalisée pour chacune des 10 études utilisées aux fins des méta-analyses. Bien qu'il soit recommandé que celle-ci soit faite par deux personnes différentes (Martin et Renaud, 2013), ceci n'a pu être réalisé dans le présent mémoire. Pour ce faire, une grille d'évaluation a été construite (Appendice 5) en s'inspirant des critères d'évaluation du risque de biais tels que recommandés par Higgins et ses collaborateurs (2013) dans le document de référence développé en 2005 par la Cochrane Collaboration (Appendice 6). Ainsi, selon ce guide, six biais possibles ont été évalués pour chacune des études :

1) Le biais de sélection : Afin de s'assurer que les caractéristiques des participants soient comparables dans les deux groupes, c'est-à-dire qu'aucune distinction systématique n'existe entre eux et ne viennent biaiser les résultats éventuels de l'étude, il est recommandé que l'allocation des participants dans les groupes contrôle et recevant l'intervention soit faite de façon aléatoire. Dans le cas contraire, un biais lié à la sélection des participants serait considéré, ce qui a été le cas lorsque le type de devis n'était pas strictement randomisé, ou que la procédure pour ce faire n'a pas été détaillée dans l'article.

2) Le biais de performance : Afin de contrôler l'influence de l'environnement et de l'intervention à l'étude sur les participants afin d'en obtenir des résultats valides, il est nécessaire de s'assurer que les participants et les intervenants ne sachent pas qui reçoit la dite intervention. Ainsi, il est possible de considérer que les effets observés découlent bien de l'intervention offerte, et non du fait qu'on pense la recevoir.

3) Le biais de détection : Consiste à vérifier si les outils de mesure utilisés ainsi que les procédures pour ce faire sont les mêmes pour tous les participants, permettant ainsi de s'assurer que les effets des interventions ne soient pas dus aux modalités de mesures ou à l'évaluateur lui-même. Ainsi, un biais de détection a été noté concernant les études utilisant des mesures strictement auto-rapportées.

4) Le biais lié à l'attrition : Permet de constater si les chiffres liés au recrutement et à l'attrition sont explicités, et ainsi de constater si les données rapportées sont incomplètes.

5) Biais de divulgation des résultats : Permet de déterminer si les résultats attendus correspondent aux questions initialement posées, sachant qu'en général, les résultats statistiquement significatifs ont davantage tendance à être rapportés, tandis que ceux qui ne le sont pas sont passés sous silence.

6) Autre type de biais : concerne tout ce qui pourrait compromettre la crédibilité de la recherche, tel qu'un conflit d'intérêt éventuel lié aux auteurs ou à la source de financement du projet.

## **Analyses statistiques**

### **Procédure méta-analytique**

L'analyse des données consiste à effectuer la démarche statistique propre à la méta-analyse, ce qui a été réalisé en 3 étapes, et ce de la même façon dans les deux méta-analyses, afin de répondre à l'objectif 1 :

1- La taille d'effet de chacune des études a été calculée afin de déterminer la force et la direction de l'association entre les interventions et les comportements des enfants (Littell et al., 2008). Pour ce faire, les données statistiques disponibles dans les 10 études utilisables ont été entrées telles quelles dans le logiciel Comprehensive Meta-Analysis sauf dans certains cas (Chaffin et al., 2004; Linares, 2006; MacMillan et al, 2005 et Thomas et al., 2011). Dans ces études, afin de ne pas dédoubler le poids associé à chacune et compte tenu que deux mesures de comportements extériorisés sont présentés, un  $d$  combiné entre les deux a été calculé et attribué comme valeur à l'étude.

2- Ainsi, les tailles d'effets respectives des études retenues ont été transformées en  $d$  de Cohen (Ellis, 2010), cette mesure de taille d'effet permettant de comparer des effets issus d'études dont les scores ne sont pas rapportés ni mesurés de la même façon (Littell

et al., 2008). Selon Cohen, (1988), il a été considéré qu'un  $d$  inférieur à 0,2 qualifie un effet faible, un  $d$  entre 0,2 et 0,5 un effet moyen et, si  $d$  est supérieur 0,8, l'effet est important.

3- Un effet global considérant l'ensemble des études retenues a ensuite été calculé (méta-analyse CI :  $k=11$ ; méta-analyse CE :  $k=13$ ) dans chacune des méta-analyses, produisant un  $d$  global qualifiant l'association entre l'ensemble des interventions et leur effet sur les comportements des enfants, chaque étude se voyant attribuer un poids selon son échantillon. Le mode de répartition aléatoire (*randomized effect size*) des effets a été sélectionné dans le CMA afin d'être représentatif de la variabilité potentielle entre les études. Les analyses ont été réalisées en considérant l'étude comme unité de mesure dans le logiciel (*Study as unit*), puisque les deux sous-groupes représentés dans les études (intériorisés versus extériorisés) ont été traités en deux méta-analyses distinctes.

4- L'hétérogénéité ( $Q$ ) entre les études a été examinée afin de déterminer la pertinence d'étudier l'impact des variables de modération quant à l'efficacité globale des programmes d'intervention sur les PCI et les PCE.

### **Biais de publication**

Afin de vérifier la présence d'un éventuel biais de publication, un diagramme de dispersion en entonnoir a été réalisé à l'aide du CMA (figure 1), révélant que les études se distribuent symétriquement autour de l'axe vertical. Il n'y a donc pas de biais de publication.

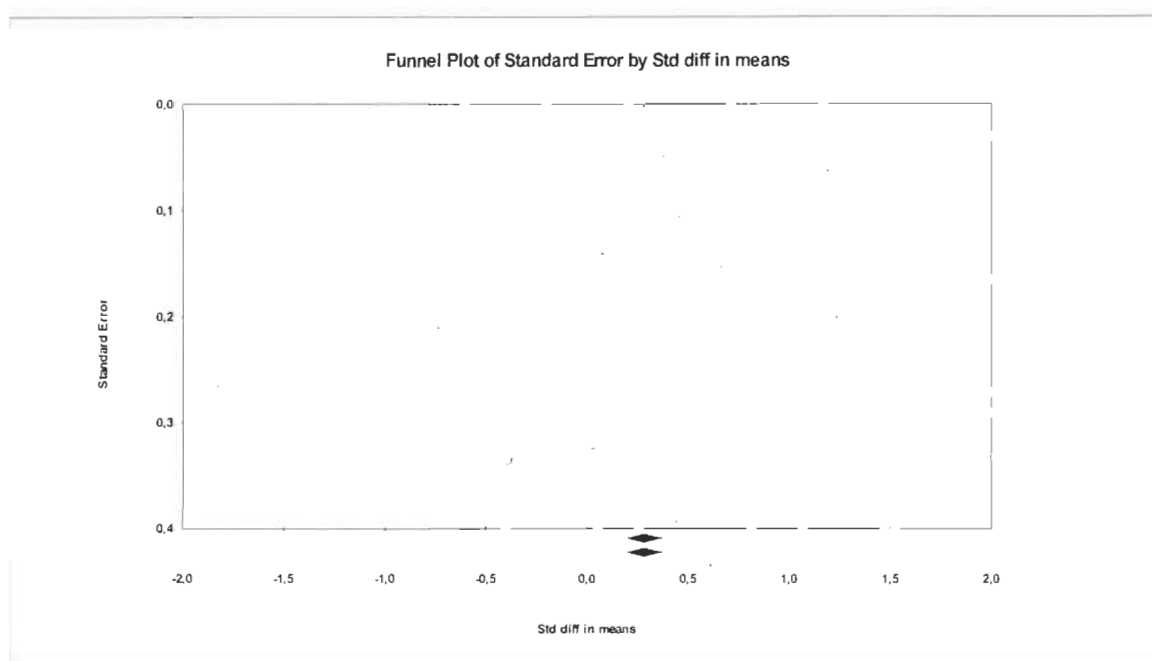


Figure 1. Diagramme de dispersion en entonnoir des études sélectionnées (n=10)

### Données extrêmes

La présence de données extrêmes peut biaiser les résultats méta-analytiques, ce biais a donc été vérifié en calculant les *Z de Fischer* propres à chaque étude. Toute étude pour laquelle celui-ci serait supérieur à 3.29 ou inférieur à -3.29 représente des données extrêmes. Ce calcul a été fait pour les deux méta-analyses, ne révélant pas de données extrêmes (Appendice 7 et 8).

### Analyses additionnelles

L'influence de variables de modulation quant à l'efficacité globale des programmes d'intervention sur les PCI et les PCE a été évaluée afin de répondre à l'objectif 2. Des

analyses de modération ont été réalisées pour les variables catégorielles (e.g., spécificité des types de programmes d'intervention, niveau de comparaison inter ou intra groupe, types de maltraitance, types d'outil, cibles de l'intervention). L'influence des variables continues (e.g., n de l'échantillon, année de publication, nombre de garçons/filles dans l'échantillon, âge des enfants, durée de l'intervention, nombre d'intervention) a été testée à l'aide de méta-régressions.

## Résultats



Cette section présente en première partie la sélection des études retenues selon les critères d'inclusion déterminés pour la revue systématique. En deuxième partie, les résultats des deux méta-analyses sont présentés.

### **Sélection des études**

#### **Nombre totale d'études incluses**

Après l'élimination des doublons, 1 981 publications ont été répertoriées (Figure 2). Les titres et résumés de chacune ont ensuite été consultés afin de valider leur pertinence. Ainsi, 143 articles ont été retenus pour lecture approfondie. De ceux-ci, 131 ne rencontraient pas tous les critères requis : Dans 30 articles, le type de maltraitance principal de l'échantillon n'était pas précisé, dans 37, la preuve que des mauvais traitements avaient eu lieu n'était pas apportée, l'intervention étant de type prévention primaire. Ensuite, 32 études ne rapportaient pas de données relatives aux enfants. Un article était rédigé en arabe, 14 articles ne rapportaient pas d'intervention (e.g., article théorique, descriptif), 5 références n'ont pas été trouvées, une étude s'intéressait à des enfants de plus de 12 ans, 11 étaient hors-sujet et finalement, une étude était un doublon égaré.

Deux articles ont dû être éliminés bien qu'ils rencontraient tous les critères d'inclusion. En effet, les données statistiques présentées dans l'étude de Kolko et al. (2011) et de Timmer, Urquiza, Zebell, et McGrath (2005) n'étaient pas suffisantes afin de calculer une taille d'effet. Dans le cas de Kolko et al. (2011), une valeur  $t$  ou des corrélations pré-post auraient été nécessaires en complément des moyennes et écarts types pour calculer un  $d$  de Cohen. Pour l'étude de Timmer et al. (2005), seules les moyennes pré-post étant présentées, le calcul d'un  $d$  était impossible. Ces auteurs ont été contactés afin d'essayer d'obtenir des statistiques utilisables, sans succès. Ce sont donc 10 articles qui ont été retenus.

Quant à la pertinence de conserver ou d'exclure une étude, une vérification a été assurée par deux personnes lorsqu'il y avait un doute lié au classement.

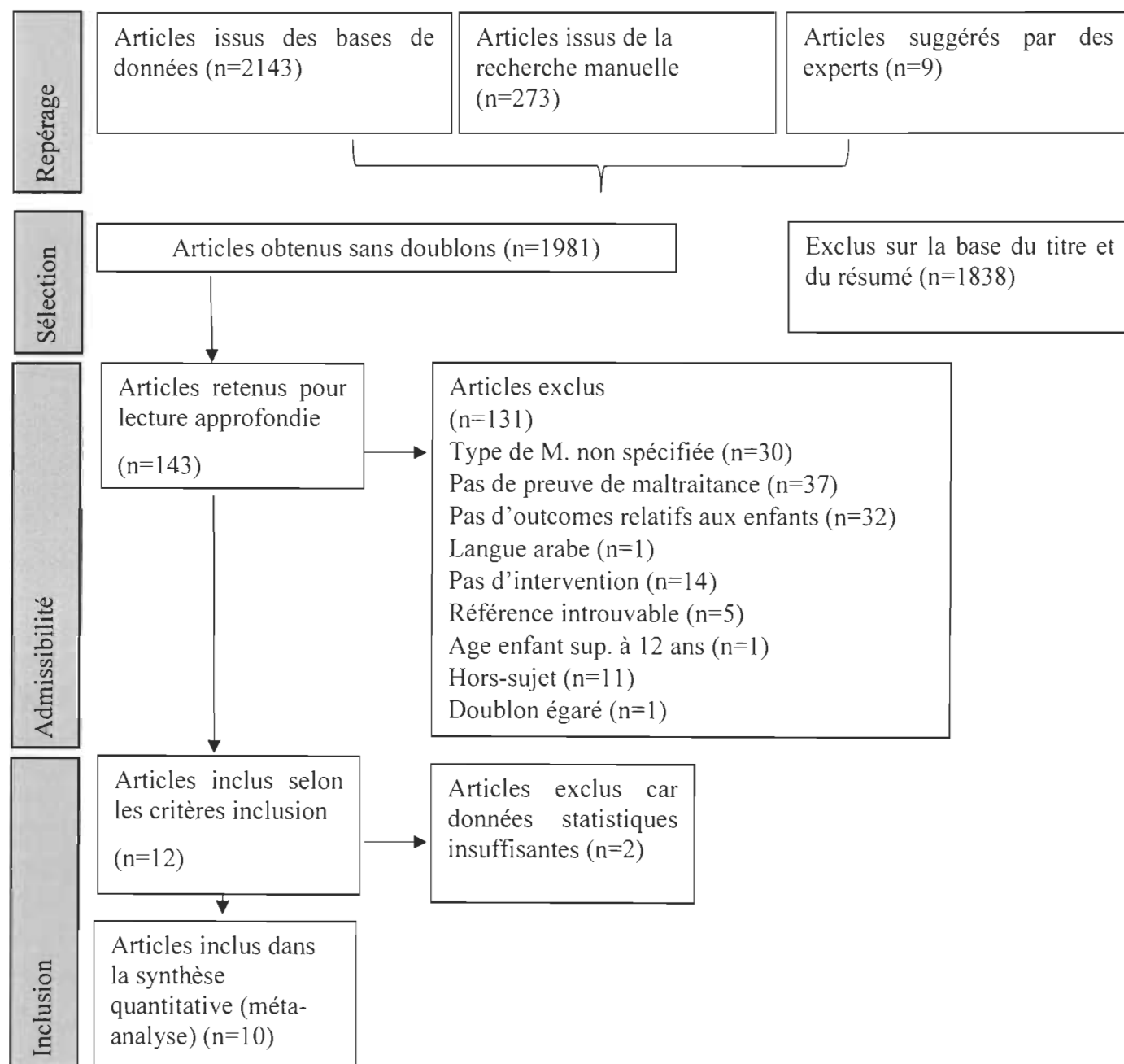


Figure 2. Diagramme de sélection des études

### **Évaluation du risque de biais**

Les dix articles sélectionnés ont été soumis à une évaluation du risque de biais, synthétisée dans l'appendice 9. À ce sujet, chaque type de biais a été qualifié selon sa présence (+) ou son absence (-). Il est à noter qu'un risque de biais lié à la détection a été attribué à toutes les études. En effet, les mesures des comportements extériorisés et intériorisés des enfants reposent toutes sur les observations des parents. Cependant, considérant le faible nombre d'études retenues (n=10) et la recommandation de Martin et Renaud (2013) de ne pas procéder à une exclusion basée sur des critères de qualité lorsque les études sont peu nombreuses, l'évaluation de la qualité de celles-ci a été réalisée, mais utilisée seulement afin de nuancer l'interprétation ultérieure des résultats.

### **Principales caractéristiques des études retenues**

Parmi les dix études retenues (appendice 10), cinq ont pris place aux USA, trois au Canada, une en Australie, et une en Suède et ce, entre 1996 et 2013.

### **Échantillon**

Au total, les études retenues présentent l'évaluation de comportements intériorisés et/ou extériorisés pour une population (n=666) totalisant 422 enfants maltraités ayant reçu une intervention visant à contrer ou limiter les impacts de la maltraitance, versus 244 enfants ayant reçu des services usuels. L'âge de ces enfants varie entre 3,35 ans et 9,2 ans en moyenne. Les garçons sont davantage représentés dans les échantillons (63% contre 37% de filles), lorsque leur composition est précisée. L'âge des parents de ces

enfants varient entre 27,8 et 39,3 ans. Dans cinq études, le type de maltraitance principal dont ont été victimes les enfants est l'abus physique, dans 3 études, la négligence, et dans deux cas, la cooccurrence N-AP.

### **Types de programmes d'intervention**

À partir des dix études retenues, 13 interventions différentes ont été incluses dans la méta-analyse sur les PCI et les PCE puisque 3 études présentaient deux types de programmes d'intervention différentes (Chaffin et al., 2004; Kolko, 1996 et Runyon, Deblinger et Steer, 2010). Parmi ces 13 interventions, sept sont des programmes d'intervention spécifiques à un type de mauvais traitements ( $k=7$ ) alors que six sont des programmes d'intervention utilisées quel que soit le type de maltraitance ( $k=6$ ) (dits programmes non-spécifiques).

Onze interventions différentes ont pu être incluses dans la méta-analyse sur les PCI, six sont des programmes d'intervention dits spécifiques ( $k=6$ ) et cinq sont des programmes dits non-spécifique ( $k=5$ ).

En moyenne, les familles ont reçu de 8 à 50 rencontres, totalisant entre 12 et 75 heures. Trois interventions étaient destinées uniquement au parent, six au parent et à l'enfant conjointement et une à l'enfant et au parent en parallèle.

### **Niveau de comparaison des mesures**

Sur cette dimension, 8 des 10 études ont comparé les mesures des comportements des enfants entre un groupe contrôle et un groupe expérimental (niveau intergroupe). Dans 2 études, aucun groupe contrôle n'est utilisé, les mesures s'effectuant pré-post test sur un groupe expérimental (niveau intragroupe) (Kjellgren et al., 2013; Runyon et al., 2009).

### **Mesures de PCI et de PCE**

En ce qui a trait à cette dimension, 8 études ont rapporté tant les PCI que des PCE des enfants, sauf deux études (Linares et al., 2006; Letarte et al., 2010) ont rapporté uniquement les PCE de ces enfants.

### **Effets principaux**

Ce projet de recherche visait les objectifs suivants : 1) Évaluer l'efficacité globale des programmes offerts aux familles suivies en protection de la jeunesse où il y a eu N, AP ou N-AP sur les PCI et les PCE de ces enfants et 2) Vérifier l'influence de différentes variables de modération sur l'efficacité de ces programmes, dont notamment, le caractère spécifique ou non-spécifique du programme utilisé.

Une série de deux méta-analyses a été effectuée, la première méta-analyse porte sur les PCI, et la seconde méta-analyse sur les PCE. Leurs résultats quant aux objectifs précédemment énoncés sont présentés dans cette section.

## Résultats de la méta-analyse sur les PCI des enfants

(Appendice 11)

Tableau 1  
*Résultats de la méta-analyse concernant les problèmes de comportement intériorisés*

Modérateurs	k	d	Intervalle de confiance		Q	Q'	Pente
			inf	sup			
Toutes études	11	0,19	0,01	0,44	30,20**		
Spécificité des programmes à une forme de mauvais traitements (N, AP ou N-AP)							
Spécifique	6	0,34*	0,03	0,65		3,29	
Non-Spécifique	5	-0,02	-0,25	0,21			
Niveau de comparaison des mesures							
Intergroupe	7	-0,09	-0,29	0,11		13,5**	
Intragroupe	4	0,53**	0,27	0,79			
Types de maltraitance							
N	1	0,11	-0,37	0,59		1,69	
AP	8	0,26	-0,03	0,55			
N-AP	2	-0,02	-0,31	0,27			
Outils de mesure							
CBCL	8	0,31*	0,06	0,56		6,41*	
BASC	2	-0,29	-0,69	0,11			
RBCP	1	0,08	-0,31	0,46			
Cibles de l'intervention							
Parents + enfants	7	0,16	-0,20	0,54		0,45	
Parents/enfants	1	-0,01	-0,99	0,88			
Parents	3	0,26*	0,03	0,49			
N de l'échantillon	11						-0,02
Année publication	11						0,05*
Age de l'enfant	11						0,074
Nombre de garçons	11						-0,02
Nombre de filles	11						-0,03
Durée intervention	11						0,01
Nombre d'interventions	11						0,00

\*p<0.05 ; \*\*p<0.01

**Évaluation de l'efficacité globale des programmes d'intervention offerts aux familles suivies en protection de la jeunesse où il y a eu N, AP ou N-AP sur les PCI.**

L'efficacité globale des programmes d'intervention offerts aux familles suivies en protection de la jeunesse sur les PCI de ces enfants n'est pas significative. Il n'est donc pas possible de dire si les programmes d'intervention offerts en protection de la jeunesse permettent de diminuer la présence de PCI des enfants victimes de N, d'AP ou de N-AP.

Le test d'hétérogénéité étant significatif ( $Q=30.20$ ,  $p<0.01$ ), il est pertinent de tester l'influence de variables de modération sur l'association entre l'efficacité globale des programmes d'intervention et l'expression des PCI.

**Influence des variables de modération sur l'association entre l'efficacité globale des programmes d'intervention et l'expression des PCI.** Les analyses de modération révèlent d'une part, que le niveau de comparaison des mesures influence de façon statistiquement significative les effets rapportés des programmes sur les PCI ( $Q'=13.5$ ,  $p<0.01$ ). En effet, l'efficacité des mesures intergroupe (donc entre un groupe expérimental et un groupe contrôle) n'est pas significative or, lorsque les mesures des études sont réalisées sans groupe contrôle (intragroupe, soit pré-post), elles rapportent une efficacité plus importante et significative sur le PCI ( $k=4$ ;  $d=0.53$ ,  $p<0.01$ ; CI : 0.27, 0.79). Ainsi, le niveau de comparaison des mesures utilisé dans les analyses influence les résultats.



D'autre part, on peut constater que l'association entre l'efficacité des programmes et l'expression des PCI varie selon le type d'outil de mesure utilisé ( $Q'=6.41$ ,  $p<0.05$ ). Entre d'autres mots, lorsque le CBCL est utilisé comme instrument de mesure, on note une amélioration plus importante et significative des PCI ( $k=8$ ;  $d=0.31$ ;  $p<0.05$ ). Ceci signifie que cet outil témoigne de l'efficacité des interventions sur les PCI, ce qu'on ne peut pas démontrer avec les études actuelles pour le BASC ou le RBPC.

L'influence des types de maltraitance et des cibles d'intervention n'a pu être interprétée globalement puisque moins de 4 études ( $k<4$ ) (Bakermans-Kranenburg, Van Ijzendoorn, et Juffer, 2003) sont impliquées pour certains sous-groupes, ce qui ne permet pas l'analyse de modération.

Concernant les méta-régressions, seule l'année de publication est un modérateur dans l'association entre les interventions offertes et les PCI, mais de façon très faible (pente=0.05,  $p<0.05$ ) (figure 4). Les interventions offertes dans les études plus récentes augmentent l'amélioration des PCI que les interventions offertes dans les études plus anciennes. Le nombre d'enfants constituant les échantillons, l'âge des enfants, le nombre de garçons/filles, la durée des interventions et leur nombre n'ont pas d'influence significative entre l'efficacité des programmes d'intervention et l'expression des PCI.

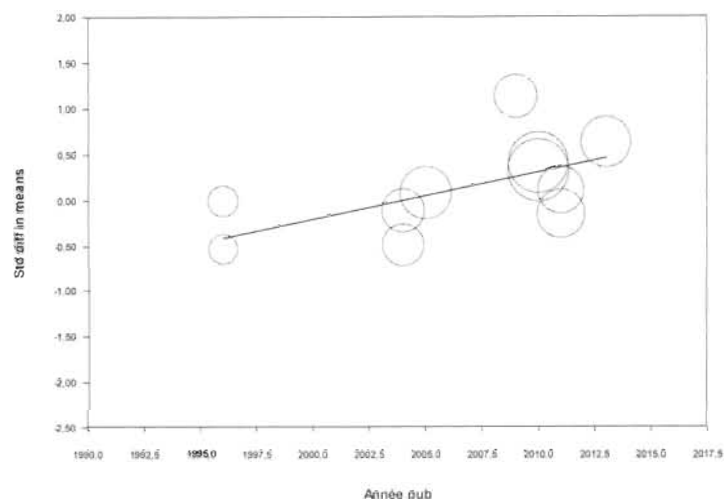


Figure 3. Métarégression de l'année de publication-CI

**Comparaison de l'efficacité globale des programmes d'intervention selon si elle est spécifique à la N, l'AP ou la N-AP ou destinée à n'importe quelle forme de mauvais traitements sur les PCI.** L'hétérogénéité entre les études dites spécifiques et les études dites non-spécifiques étant marginalement significative ( $Q'=3.29$ ,  $p=0,07$ ), il existe une tendance selon laquelle le caractère spécifique ou non des interventions au type de mauvais traitements subis influence l'efficacité globale des programmes d'intervention sur l'expression des PCI. Or, la première méta-analyse semble indiquer que les interventions dites spécifiques à la N, l'AP ou la N-AP ont un effet positif moyen statistiquement significatif sur les PCI de ces enfants ( $k=6$ ;  $d=0,34$ ,  $p<0.05$ ; CI : 0,03 - 0,65) alors que les programmes d'intervention dits non-spécifiques ne démontrent pas d'effet statistiquement significatif sur les PCI de ces enfants.

### Résultats de la méta-analyse sur les PCE des enfants

(Appendice 12)

Tableau 2

*Résultats de la méta-analyse concernant les problèmes de comportement extériorisés*

Modérateurs	k	d	Intervalle de confiance		Q	Q'	Pente
			inf	sup			
Toutes études	13	0,28*	0,02	0,53	41,32*		
Spécificité des programmes à une forme de mauvais traitements (N, AP ou N-AP)							
Spécifique	6	0,39	-0,08	0,87		0,81	
Non-Spécifique	7	0,16	-0,03	0,35			
Niveau de comparaison des mesures							
Inter groupe	9	0,06	-0,21	0,33		6,83*	
Intra groupe	4	0,68**	0,30	1,06			
Types de maltraitance							
N	3	0,15	-0,11	0,38		0,43	
AP	8	0,31	-0,08	0,58			
N-AP	2	0,22	-0,10	0,30			
Types d'outil							
CBCL	9	0,41*	0,12	0,62		2,71	
BASC	2	-0,3	-1,16	0,56			
ECBI	1	0,41	-0,32	1,21			
RBCP	1	0,09	-0,18	0,36			
Cibles intervention							
Parents + enf.	7	0,30	-0,17	0,61		0,19	
Parents/enf	1	0,45	-0,59	0,67			
Parents	5	0,25*	0,03	0,43			
N de l'échantillon	13						-0,01
Année publication	13						0,05*
Age de l'enfant	13						0,07
Nombre de garçons	13						-0,02
Nombre de filles	13						-0,03
Durée intervention	13						0,006
Nombre d'interventions	13						0,00

\*p<0.05 ; \*\*p<0.01

**Évaluation de l'efficacité globale de programmes offerts aux familles suivies en protection de la jeunesse où il y a eu N, AP ou N-AP sur les PCE.** L'efficacité globale des programmes d'intervention offerts aux familles suivies en PJ sur les PCE de ces enfants est positive, significative et modérée ( $k=13$ ;  $d=0,28$ ;  $p<0,05$ ; CI :  $0,02 - 0,53$ ). Les programmes d'intervention offerts en protection de la jeunesse permettent donc de diminuer l'expression des PCE des enfants victimes de N, d'AP ou de N-AP.

Le test d'hétérogénéité étant significatif ( $Q=41,32$ ,  $p<0,05$ ), il est pertinent de tester l'influence des variables de modération sur l'association entre l'efficacité globale des programmes d'intervention et l'expression des PCE de ces enfants.

**Influence des variables de modération sur l'association entre l'efficacité globale des programmes d'intervention et l'expression des PCE.** Concernant les analyses de modération, le niveau de comparaison utilisé pour réaliser les mesures de comportement influence de façon statistiquement significative les effets rapportés des programmes sur les PCE ( $Q'=6.83$ ,  $p<0.05$ ). Lorsque les mesures sont réalisées sans groupe contrôle (intragroupe, soit pré-post), elles rapportent un effet important et significatif ( $k=4$ ;  $d=0,68$ ,  $p<0,01$ ; CI :  $0,30 - 1,06$ ). Ainsi, le niveau de comparaison des mesures utilisé dans les études influence les résultats, l'effet rapporté par des comparaisons intragroupe étant très important. Cependant, l'effet des mesures intergroupe (donc entre un groupe expérimental et un groupe contrôle) n'est pas significative ( $k=9$ ;  $d=0,06$ ,  $p=0,68$ ) donc, n'influence pas l'efficacité globale des programmes d'intervention sur les PCE.

Ensuite, il n'est pas possible de dire si les types de maltraitance, les types d'outils et les cibles d'intervention influencent l'association entre l'efficacité globale des programmes d'intervention et l'expression des PCE de ces enfants puisque moins de 4 études sont impliquées dans certains sous-groupes ( $k < 4$ ), ce qui ne permet pas l'analyse de modération. Toutefois, il est intéressant de noter que concernant les types d'outil, le CBCL est utilisé comme instrument de mesure, une diminution des PCE des enfants est constatée ( $k=9$ ;  $d=0,41$ ;  $p<0,05$ ), ce qui veut dire que le CBCL témoigne bien de l'efficacité globale des programmes d'intervention sur les PCE. De plus, il est important de mentionner que lorsque la cible d'intervention est le parent, les programmes d'intervention semblent réduire l'expression des PCE de ces enfants ( $k=5$ ;  $d= 0,25$ ;  $p<0,05$ ).

Concernant les méta-régressions, l'année de publication (figure 5) influence positivement l'association entre l'efficacité globale des programmes et les PCE des enfants, et ce de façon minime mais, significative (pente=0.05,  $p<0.05$ ). Ce qui veut dire que dans les études récentes, les effets rapportés sont légèrement supérieurs à ceux des études plus anciennes. Le nombre d'enfants constituant les échantillons, l'âge des enfants, le nombre de garçons/filles, la durée des interventions et leur nombre n'ont pas d'influence significative de l'efficacité globale des programmes d'intervention sur les PCE de ces enfants.

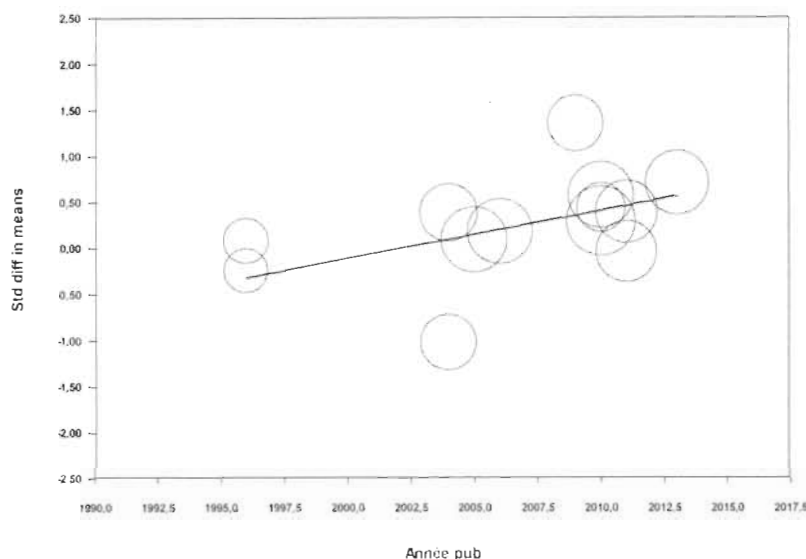


Figure 4. Métarégression de l'année de publication-CE

**Comparaison de l'efficacité de l'intervention selon qu'elle est spécifique à la N, l'AP ou la N-AP ou destinée à n'importe quelle forme de mauvais traitements (non-spécifique) sur les PCE.** L'hétérogénéité entre les études dites spécifiques et les études dites non-spécifiques n'étant pas statistiquement significative ( $Q'=0.81$ ,  $p=0.36$ ), il n'est pas possible de déterminer si les programmes spécifiques sont plus efficaces que les programmes non-spécifiques pour diminuer les CE des enfants victimes de N, AP ou de N-AP. D'ailleurs, on constate que les interventions dites spécifiques à la N, l'AP ou la N-AP ne démontrent pas d'effet statistiquement significatif sur les PCE des enfants, et il en est de même pour les programmes d'intervention dits non-spécifiques.

## **Discussion**

Les enfants victimes de mauvais traitements manifestent souvent des difficultés d'adaptation qui se traduisent entre autres par des problèmes de comportement intériorisés (PCI) et des problèmes de comportement extériorisés (PCE) (Lehmann et al., 2013). Leurs conséquences tant au niveau développemental que fonctionnel sont majeures (Harden et al, 2016). Afin d'aider ces enfants, différents programmes d'intervention ont été développés et leur sont offerts. Certains de ces programmes se destinent aux victimes de N, ou d'AP ou de N-AP (dits spécifiques), tandis que d'autres à la maltraitance en général (dits non-spécifiques). Leurs cibles d'intervention peuvent être plus ou moins distales à l'enfant, mais réfèrent toutefois à son bien-être. Leur efficacité sur l'expression des PCI et/ou PCE des enfants varie de façon importante selon les différentes études existantes. Certaines rapportent la diminution des problèmes de comportement (e.g., Runyon et al., 2009; Kjellgren et al., 2013), d'autres études ne rapportent aucune amélioration des problèmes de comportement (e.g., Chaffin et al., 2004; Kolko, 1996). Afin de mieux déterminer l'efficacité des programmes d'intervention sur les problèmes de comportement, deux méta-analyses ont été réalisées, l'une s'intéressant aux PCI et l'autre aux PCE.

Cette série de deux méta-analyses avait pour objectifs : 1) Évaluer l'efficacité globale des programmes offerts aux familles suivies en protection de la jeunesse où il y a eu N, AP ou N-AP sur les PCI et les PCE de ces enfants et 2) Vérifier l'influence de



différentes variables de modération sur l'efficacité de ces programmes, dont notamment, le caractère spécifique ou non-spécifique du programme.

Les PCI et PCE étant deux construits différents (Achenbach et al., 1991; Bornstein et al., 2010), ils ont été traités en deux méta-analyses distinctes. Or, l'interprétation des résultats est discutée en fonction des deux objectifs en présentant les points communs et les disparités liés aux PCI et aux PCE, intéressants à mettre en perspective.

Cette section met donc en contexte dans une première partie les résultats quant à l'efficacité globale des programmes d'intervention offerts aux familles suivies en PJ sur les PCI et les PCE de ces enfants. Dans une deuxième partie, les résultats concernant l'influence des variables de modération seront discutés en mettant l'accent sur le caractère spécifique ou non-spécifique des programmes d'intervention aux mauvais traitements subis par les enfants sur l'expression de leurs PCI et PCE. Pour finir, les limites de cette recherche seront présentées en troisième partie.

### **Les programmes d'intervention offerts aux familles suivies en protection de la jeunesse pour N, AP et N-AP sont-ils efficaces pour diminuer les PCI et PCE de ces enfants ?**

Face à la disparité des connaissances rapportées par les différentes études quant à l'efficacité globale des programmes d'intervention offerts aux familles aux prises avec la N, l'AP et la N-AP, il était attendu que les programmes d'intervention offerts diminuent l'expression des PCI et PCE des enfants. Or, selon les résultats, ils diminuent

modérément l'expression des PCE des enfants, tandis que la question reste sans réponse pour les PCI, les résultats n'étant pas significatifs à ce sujet. Pourquoi les programmes d'intervention offerts aux familles suivies en protection de la jeunesse améliorent-ils les PCE chez l'enfant tandis qu'ils ne démontrent pas d'effet significatif sur les PCI ?

Premièrement, ceci peut s'expliquer par un manque de puissance statistique. Dans la présente série de deux méta-analyses, 8 des 11 études retenues n'ont pas d'effet significatif sur les PCI, tandis que 8 des 13 études retenues montrent une efficacité globale des programmes d'intervention sur les PCE. La méthode de la méta-analyse est utilisée dans le but d'augmenter la puissance statistique des analyses en combinant différentes études (Ellis, 2010), mais il est possible que la combinaison des dix études ne permette pas d'obtenir un résultat significatif. Dans les faits, selon certains auteurs, il s'avère que lorsque moins de 5 études ont des effets significatifs dans une méta-analyse, il est difficile d'obtenir une taille d'effet globale qui le soit davantage (Jackson et Turner, 2017), ce qui est le cas de la méta-analyse sur les PCI. Ainsi, il va de soi que l'efficacité globale des programmes d'intervention offerts en protection de la jeunesse sur les PCI d'enfants victimes de N, d'AP ou de N-AP peut difficilement mener à une efficacité globale significativement positive étant donné que la majorité des études prises individuellement sont non-significatives.

Deuxièmement, il est possible que les programmes d'intervention actuellement offerts aux familles suivies en PJ ne permettent pas de mesurer une efficacité globale sur

les PCI. D'ailleurs, les connaissances sont limitées à ce sujet. En termes de synthèse des connaissances, il est possible de répertorier des revues narratives rassemblant différentes interventions et rapportant leur efficacité sur les PCI des enfants dans la population générale, par exemple concernant les meilleurs traitements psychothérapeutiques destinés aux enfants et adolescents aux prises avec des PCI (Oswald et Mazefsky, 2006), ou des recommandations quant aux meilleures pratiques (Compton, Burns, Egger, et Robertson, 2002). Cependant, lorsqu'une synthèse quantitative est tentée, par exemple par Wyatt et ses collègues (2008), à propos de l'impact de l'entraînement aux habiletés parentales sur les PCI des enfants de la population générale, les résultats rapportés ne sont pas significatifs.

De plus, il s'avère que l'efficacité des pratiques est davantage rapportée concernant les PCE que les PCI. En effet, quoi qu'aucune synthèse n'existe à propos de l'efficacité globale des programmes d'intervention offerts en protection de la jeunesse sur les problèmes de comportement des enfants, des recensions, revues et méta-analyses s'intéressent à l'impact de certains types de programmes d'intervention recensés dans ce mémoire (e.g., efficacité des programmes de PCIT, de CBT, de programme d'entraînement aux habiletés parentales). En détaillant les conclusions apportées dans ces documents (e.g., Cohen, Berliner, et Mannarino, 2010; Menting, De Castro et Matthis, 2013; Reyno, et McGrath, 2006 ; Thomas et Zimmer, 2007; Thomas et Zimmer, 2012), on remarque que la majorité de ces études concernent uniquement les PCE. Par exemple, Thomas et Zimmer (2012) s'intéressent à l'efficacité de différentes

formes de PCIT ciblant les interactions parent-enfant sur les problèmes de comportement des enfants or, les résultats rapportés concernent seulement l'agressivité et l'opposition des enfants, relatives aux PCE, tandis que les PCI sont passés sous silence. Il en est de même dans les autres articles (Cohen et al, 2010; Menting et al., 2013; Reyno, et McGrath, 2006 ; Thomas et Zimmer, 2007), annonçant porter sur les problèmes de comportement des enfants, seules des conclusions portant sur les PCE sont présentées. Il semble donc que moins de résultats concernant les PCI soient rapportés par les études, probablement en raison de l'absence de résultats significatifs. Mais comment expliquer cela?

De façon générale, les PCI sont moins étudiés que les PCE, tant par rapport à leur prévalence, leur étiologie, leur dépistage qu'aux stratégies d'intervention pour y faire face (Bayer et Beatson, 2013; Mian et Carter, 2013). Plusieurs raisons sont présentées pour comprendre l'absence de résultats significatifs concernant l'efficacité globale des programmes d'intervention offerts aux familles suivies en PJ sur l'expression des PCI de ces enfants.

Premièrement, les PCI sont difficiles à dépister (Bayer et Beatson, 2013). En pratique, leurs symptômes sont plus discrets, moins explicites, et les parents et intervenants moins sensibilisés à leur expression (Bayer et Beatson, 2013). D'ailleurs, parmi les enfants suivis en protection de la jeunesse, les PCI rapportés soit moins

fréquents que les PCE (Mc Crae et al., 2009). S'ils sont plus difficiles à dépister, il est possible qu'il soit ainsi plus complexe d'observer leur évolution.

Deuxièmement, l'évaluation des symptômes dans les études a donc pu être influencée par le fait que les PCI est plus difficile à être repérés par les parents, à l'opposé des PCE, dérangeants et manifestes (Servot et Touchette, 2017). Il se peut donc que l'expression des PCI chez l'enfant puisse passer inaperçue, la mesure de leur évolution étant alors biaisée puisqu'il est alors possible de se demander si les PCI sont moins fréquents ou simplement moins rapportés (Mian et Carter, 2013).

Troisièmement, non seulement les CI peuvent être plus difficiles à évaluer, mais il faut souligner que les instruments utilisés pour les mesurer dans les études retenues dans la série de deux méta-analyses ont tous été complétés par les parents. D'ailleurs, une seule étude de la présente méta-analyse possède une mesure de PCI complétée par l'éducateur (Chaffin et al., 2004, à l'aide du BASC). Généralement, ce sont celles rapportées par les parents qui ont été utilisées puisque l'accord inter-juge de l'éducateur étant faible. La validité des mesures auto-rapportées de l'enfant comparativement aux mesures rapportées par les parents plutôt que par un observateur extérieur et neutre (par exemple un intervenant), a largement été remise en question dans la littérature, et constitue un risque de biais de détection dans l'évaluation de la qualité des études (Higgins et al., 2011). De ce fait, il est possible que l'absence de résultats significatifs soit également liée au manque de validité des mesures auto-rapportées par les parents.

Quatrièmement, il se peut également que les PCI étant moins visibles et dérangeants que les PCE (Bayer et Beatson, 2012), moins d'efforts soient faits en intervention pour remédier aux PCI. D'ailleurs, on constate que parmi les programmes répertoriés dans notre série de méta-analyses, plusieurs visent davantage l'expression des PCE dans leur curriculum (e.g., Incredible years, PCIT, CBT). Ce qui paraît cohérent, dans la mesure où la plupart de ces programmes d'intervention offerts sont à la base destinés à lutter contre les problèmes de comportement des enfants dans la population générale, c'est-à-dire essentiellement, comme illustré dans la section précédente, à réduire les PCE des enfants, puis utilisés en contexte de maltraitance. Ainsi, si les interventions ciblent davantage l'expression des PCE, il est cohérent que les résultats obtenus témoignent davantage de leur résolution que pour les PCI.

Cinquièmement, dans les études retenues dans ce projet, les garçons sont plus représentés que les filles (422 garçons versus 244 filles). Il est bien documenté que ceux-ci expriment davantage de PCE que les filles, plutôt enclines aux PCI (Achenbach et al., 1991; Maschi et al., 2008). Ainsi, cette disparité dans la représentation du genre a pu affecter les résultats obtenus et influencer la différence d'effets mesurés entre les PCI et les PCE entre nos deux méta-analyses.

Pour terminer, l'influence des autres modérateurs pris en considération dans les deux méta-analyses sur l'efficacité globale des programmes d'intervention offerts aux

familles suivies en PJ sur les PCI et PCE des enfants est similaire, ils ne permettent donc pas d'expliquer pourquoi l'efficacité globale des programmes d'intervention offerts à ces familles sur l'expression des PCI de ces enfants n'est pas significatif tandis qu'ils le sont pour les PCE.

**Quel est l'influence des variables de modération sur l'efficacité globale des programmes d'intervention offerts en protection de la jeunesse sur les PCI et les PCE de ces enfants?**

Premièrement, les méta-régressions concernant l'année de publication démontrent que dans les études plus récentes, les effets mesurés sont légèrement plus importants, sans toutefois qu'il y ait présence de biais de publication ni de différences dans l'utilisation des outils de mesures entre les études plus anciennes et plus récentes. Il se peut donc, qu'avec le temps, les programmes d'intervention se bonifient et portent davantage leurs fruits, ou que le dépistage des PCI et des PCE s'améliore, puisque des travaux de sensibilisation parmi les intervenants et les parents sont mis en place depuis les dernières années (Servot et Touchette, 2018).

Deuxièmement, les analyses de modération concernant le niveau de comparaison des statistiques utilisées à des fins de méta-analyse ont révélé un impact important des mesures intra-groupes autant pour l'expression des PCI que pour les PCE. En d'autres mots, cela signifie que lorsque des données pré-post intervention sont considérées (sans comparaison à un groupe contrôle), l'efficacité sur les PCI et PCE constatée est plus importante.

Troisièmement, il manque de puissance pour détecter une influence des cibles des programmes (e.g., parent seul, parent et enfant conjointement, parent et enfant dans des groupes parallèles). Toutefois, les résultats suggèrent que cibler les parents est une avenue intéressante pour améliorer l'efficacité des programmes d'intervention autant sur les PCI que sur les PCE étant donné que l'effet de ces interventions sur les PCI ( $k=3$ ,  $d=0,26$ ,  $p<0,05$ ) et les PCE ( $k=5$ ,  $d=0,25$ ,  $p<0,05$ ) de ces enfants est significatif et modéré. En pratique, lorsque les parents reçoivent des interventions de groupe ou individuelles sans l'enfant, les objectifs poursuivis visent à combler leurs besoins psychologiques et à améliorer les pratiques parentales (Schrader-McMillan et Barlow, 2017). Il est donc possible de penser que lorsque les pratiques parentales font l'objet d'interventions, l'expression des PCI et PCE des enfants puissent diminuer. Cette hypothèse est à corroborer lorsqu'il sera possible d'inclure davantage d'études mais, va dans le même sens que la littérature actuelle, puisque les pratiques parentales sont reconnues comme un levier d'intervention majeur dans la diminution des problèmes de comportements (PCI et PCE) de ces enfants (Lundah, Risser et Lovejoy, 2006).

Pour finir, il peut sembler surprenant que la durée et le nombre d'interventions ne soient pas des variables de modulation significatives de l'efficacité globale des programmes d'intervention sur les PCI et les PCE de ces enfants alors que dans la littérature, l'efficacité globale des programmes d'intervention varie selon leur durée. En effet, certains auteurs recommandent différentes modalités selon les contextes. Par



exemple, en négligence, il est recommandé d'offrir des services sur le long terme, de 18 à 24 mois (Lacharité et al., 2005), l'intervention relationnelle est plus efficace lorsque dispensée en 5 à 8 sessions (Bakermans-Kranenburg et al., 2003) et il est recommandé que l'entraînement aux habiletés parentales, quant à lui, varie de 16 à 30 séances (Euser, Alink, Stoltenborgh et al., 2015). Cependant, nos analyses de modération ont porté sur l'ensemble de nos études, sans distinguer N, AP ou N-AP. Si l'influence de la durée et du nombre d'interventions selon les types de mauvais traitements avait été évaluée, il aurait pu être attendu que plus les interventions en négligence durent ou soient nombreuses, plus leurs effets soient importants, puisque celles-ci doivent être longues pour être bénéfiques (Lacharité, 2014). Tandis qu'en abus physique, des interventions plus brèves sont pertinentes (Lacharité, 2014 ; Larrivée et al., 2009). Or, cela n'a pas été possible compte tenu du faible nombre d'études disponibles. Il apparaît donc que sans départager les programmes d'intervention selon leur nature et les types de mauvais traitements, leur durée et le nombre d'interventions n'apportent pas ici d'information concluante sur l'expression des PCI et des PCE des enfants.

**Les programmes d'intervention destinés spécifiquement à la N, à l'AP ou à la N-AP (dits programmes spécifiques) sont-ils plus efficaces que les programmes s'adressant à toute forme de maltraitance (dits programmes non-spécifiques) pour diminuer les PCI et PCE des enfants victimes de N, d'AP et de N-AP?**

Face à l'importance de considérer les types de mauvais traitements vécus par les enfants dans les études s'intéressant à l'efficacité des programmes offerts (Corcoran,

2000; Larrivée et al., 2009; Wilson et al., 2008), la seconde hypothèse émise statuait que les programmes d'intervention spécifiquement destinés à la N, l'AP ou la N-AP soient davantage efficaces que les programmes non-spécifiques pour diminuer l'expression des PCI et PCE des enfants suivis par la protection de la jeunesse. La variable de modération du type de programmes d'intervention (spécifiques ou non-spécifiques) est marginalement significative pour les PCI ( $Q'=3.29$ ,  $p=0,07$ ) et non significative pour les PCE ( $Q'=0.81$ ,  $p=0,36$ ). En d'autres mots, cela signifie que le caractère spécifique ou non d'un programme à un type de mauvais traitements influence son efficacité sur l'expression des PCI des enfants, ce qu'il n'est pas possible d'affirmer pour les PCE. De plus, les programmes d'intervention dits spécifiques à la N, l'AP ou la N-AP sont efficaces pour diminuer l'expression des PCI (effet modéré et significatif :  $k=6$ ;  $d=0.34$ ,  $p<0.05$ ; CI :0.03,0.65) tandis que l'effet est non significatif pour les PCE. L'effet des programmes d'intervention non-spécifiques, quant à lui, est non significatif tant pour les PCI que les PCE, il n'est donc pas possible de se prononcer sur leur influence sur l'efficacité globale des programmes d'intervention offerts aux familles suivies en PJ sur l'expression des PCI et des PCE de ces enfants.

Ainsi, l'utilisation de programmes d'intervention destinés spécifiquement à la N, l'AP ou la N-AP semble une avenue prometteuse dans la diminution des PCI de ces enfants. Ce résultat est à considérer avec prudence, mais mérite d'être approfondi en colligeant d'autres articles qui investigueront ce sujet.

Dans les sections qui suivent, plusieurs hypothèses sont émises pour expliquer ces résultats.

Premièrement, dans la section précédente, l'hypothèse voulait que l'absence d'efficacité globale des programmes d'intervention sur les PCI puisse s'expliquer par un manque de puissance statistique lié au faible nombre d'études, mais également au fait que plusieurs des études retenues concernant les PCI n'avaient pas d'effet propre (Jackson et Turner, 2017). Il serait donc logique qu'en réduisant encore le nombre d'études en créant deux sous-groupes (programmes spécifiques versus programmes non-spécifiques) (efficacité globale :  $k=11$ ; études spécifiques :  $k=6$ ), peu d'effet ne soit détectable, si les hypothèses précédentes sont exactes. Cependant, tandis qu'une puissance statistique limitée nuit à la détection des effets, il est possible qu'un risque d'erreur *alpha* induise des faux positifs (Cucherat, M., et Leizorovicz ; 2007), donc de détecter des effets qui n'en sont pas. Le fait que moins d'études portant sur les programmes d'intervention spécifiques combinées ensemble révèlent un effet sur les PCI alors que l'ensemble des études ne démontre pas d'efficacité globale sur l'expression des PCI de ces enfants pourrait ainsi s'expliquer par la combinaison de ces deux risques d'erreur statistique.

Parallèlement, on peut se demander pourquoi, alors que les programmes d'intervention dans leur ensemble démontrent une efficacité globale à diminuer les PCE de ces enfants, lorsqu'on considère les programmes d'intervention dits spécifiques indépendamment des programmes d'intervention non spécifiques, aucune mesure

réalisée sur les sous-groupes ne révèle d'effet significatif. Dans le même ordre d'idée que les justifications précédentes liées à la puissance statistique, il se peut qu'en diminuant le nombre d'études, ces analyses ne permettent plus d'en détecter les effets (Ellis, 2010 ; Jackson et Turner, 2017). En effet, les études portant les programmes d'intervention spécifiques ( $k=6$ ) ont des effets propres sur les PCE, sans que toutefois que leur combinaison ne semble permettre d'atteindre une puissance statistique suffisante pour les détecter. Également, parmi les études portant sur les programmes d'intervention non-spécifiques sur les PCE ( $k=7$ ), l'absence d'effet est logique puisqu'aucune d'entre elles n'ayant d'effet significatif, leur combinaison ne peut donc en engendrer (Jackson et Turner, 2017).

De plus, en s'intéressant aux caractéristiques des études retenues dans les deux méta-analyses, on constate que la majorité des études étaient constituées d'un échantillon d'enfants ayant vécu de l'abus physique ( $n=8$ ). Cependant, comme déjà mentionné, l'abus physique est davantage associé dans la littérature à l'expression de PCE (Viezel et al., 2014). On aurait donc pu s'attendre à ce que les programmes d'intervention spécifiques à l'AP soient davantage efficaces sur les PCE de ces enfants comparativement aux PCI.

Pour finir, les résultats obtenus n'apportent pas d'éclairage sur l'efficacité globale des programmes d'intervention sur les types de maltraitance que sont la négligence et la

cooccurrence N-AP. Ce résultat est préoccupant considérant que la négligence, premier motif de rétention des signalements en Amérique du Nord (DPJ, 2014; Sedlak, Mettenburg, Basena, et al., 2010), reste une problématique sous-étudiée.

Dans le futur, il est important de s'intéresser davantage aux programmes d'intervention liés à la négligence étant donné l'importance de sa prévalence. De plus, plusieurs auteurs recommandaient d'une part d'étudier les phénomènes de négligence, d'abus physique et de leur cooccurrence séparément et d'autre part, d'évaluer l'efficacité des programmes d'intervention qui les ciblent de façon spécifique (Allin et al., 2005; Corcoran, 2000; Dufour et Chamberland, 2003; Hearn, 2011; Kaplan, Pelcovitz et Labruna 1999; Larrivée et al., 2009; Wilson et al., 2008). Or, le peu d'études répertoriées dans ce projet dans les différents types de maltraitance et les résultats non significatifs obtenus permettent d'observer un écart entre les recommandations de la littérature et les pratiques couramment utilisés dans les programmes d'intervention actuels (Boyce et Maholmes, 2013). Bref, il est important de colliger d'autres résultats d'études afin de répondre aux questions de haute importance soulevées dans ce mémoire.

### **Limites**

La réalisation et l'interprétation de cette série de deux méta-analyses se sont heurtées à trois limites principales : 1) le peu d'études disponibles, 2) le niveau de comparaison des mesures dans les études et 3) le codage du type principal de mauvais traitements vécus par les enfants dans les échantillons.

Premièrement, en réalisant la revue systématique, il est apparu que malgré le grand nombre d'études répertoriées évaluant l'efficacité globale des programmes d'intervention destinées à contrer la récurrence de la maltraitance et à améliorer le bien-être des enfants et leur famille, très peu de celles-ci rencontraient l'ensemble des critères d'inclusion initialement établis, pourtant centraux dans la réponse aux questions de recherche, et issus de constats tirés de la littérature scientifique actuelle (Allin et al., 2005; Corcoran, 2000; Dufour et Chamberland, 2003; Hearn, 2011; Kaplan, Pelcovitz et Labruna 1999; Larrivée et al., 2009; Wilson et al., 2008). Conséquemment, cela a pu nuire à la puissance statistique des analyses, rendant impossible l'interprétation de certains résultats étant donné le  $k < 4$  (Bakermans-Kranenburg et al., 2003). Par exemple, l'efficacité globale des programmes d'intervention sur l'expression des PCI de ces enfants, ainsi que de l'influence de plusieurs variables de modération (lorsque  $k < 4$ ), comme les différentes cibles des interventions visant soit les parents, la dyade parent-enfant ou le parent et l'enfant parallèlement n'ont pu être considérées. En effet, un programme d'intervention destiné aux parents vise davantage ses problèmes personnels telle que la gestion de la colère, alors qu'une intervention relationnelle s'adresse aux interactions parent-enfant, et les programmes d'intervention destinés aux enfants et aux parents séparément, différentes cibles chez ceux-ci, dont la gestion des comportements de l'enfant. Si le nombre d'études avait été plus élevé, il aurait été alors possible de vérifier l'influence des différentes cibles de programme sur l'expression des PCI et PCE des enfants.

Au sujet des dix études répertoriées, un nombre important d'études ont été éliminées (n=131) puisqu'il n'a pas été possible de déterminer si la population à l'étude pouvait être considérée comme victime de mauvais traitements ou caractéristique d'une population à risque. Or, ces deux populations présentent des degrés de vulnérabilité différents, et ne requièrent pas les mêmes stratégies ou intensité dans les programmes d'intervention offerts (Douglas, 2014; Harden et al., 2016; Toth, Gravener-Davis, Guild, et Cicchetti, 2013). Il s'avère donc que la précision des caractéristiques des échantillons est nécessaire dans les études non seulement en termes de types de mauvais traitements vécus, mais également en termes de niveau de risque, ce que recommande d'ailleurs Euser et ses collaborateurs (2015) dans leur récente méta-analyse traitant de l'efficacité globale des programmes de prévention de la maltraitance dans la population générale.

Deuxièmement, les analyses de modération concernant le niveau de comparaison des statistiques utilisées à des fins de méta-analyse ont révélé un impact important des mesures intra-groupes. En d'autres mots, cela signifie que lorsque des données pré-post intervention sont considérées (sans comparaison à un groupe contrôle), l'efficacité sur les PCI et PCE constatée est plus importante. Ce niveau de preuve dans ce cas est bien moins robuste. Ce type de mesure de comportement a malheureusement le plus d'influence dans nos résultats, ce qui limite leur validité. Si un plus grand nombre d'études avaient été disponibles, il aurait été possible d'inclure uniquement les mesures inter-groupes (avec un groupe contrôle) afin de pouvoir rendre compte d'une évolution

plus fiable des problèmes de comportement et, les mesures intra-groupes n'auraient pas été retenues à des fins de méta-analyse.

Troisièmement, il s'avère que le codage des études selon le type de mauvais traitement représentatif des abus vécus par l'enfant est délicat. En effet, que ce soit au Canada ou aux États-Unis, dans 82 à 85% des dossiers, la maltraitance est corroborée à partir d'une seule et unique de ses formes. Ce n'est que dans 15 à 18% des cas de signalement que plusieurs types de mauvais traitements sont rattachés à la rétention de celui-ci (Trocmé et al., 2008; U.S. Department of Health & Human Services, 2016). Or, selon plusieurs auteurs, cette prévalence serait en réalité bien plus importante : selon Lau, Leeb, English et al. (2005), 46 à 90 % des enfants suivis en protection de la jeunesse expérimenteraient en réalité plusieurs formes de maltraitance (dits multi co-occurentes), ce que corroborent English, Bangdiwala et Runyan (2005) en codant l'historique de maltraitance des enfants selon le Modified Maltreatment Coding System. En effet, ces mêmes auteurs rapportent qu'en réalité, malgré que les dossiers de suivi en protection de la jeunesse des enfants soient initialement associés à un motif de signalement unique, la cooccurrence de différentes formes de mauvais traitements est courante, les enfants étudiés présentant en moyenne trois de ses formes simultanément (English et al., 2005). Les services de protection classifient les cas selon le motif principal de compromission, ce dernier étant alors considéré dans les études comme type de mauvais traitements vécus par l'enfant. La réalité vécue par les enfants ne transparait



donc pas nécessairement dans le type de maltraitance principal rapporté dans les études, celui-ci étant pourtant le meilleur indicateur disponible pour tenter de comprendre les associations entre l'efficacité des programmes d'intervention et les PCI et les PCE des enfants selon le type de mauvais traitements subis. En résumé, ces trois limites associées au projet impliquent d'interpréter prudemment les associations obtenues à l'aide de cette série de deux méta-analyses, sous forme de tendances plutôt que de preuves.

## Conclusion

En conclusion, il est possible de dire que, parmi les études recensées via la seconde méta-analyse, les programmes d'intervention offerts aux familles suivies en PJ sont efficaces pour réduire l'expression des PCE des enfants victimes de N, AP et N-AP. Toutefois, la première méta-analyse n'a pas démontré d'efficacité globale des programmes d'intervention offerts aux familles suivies en PJ sur l'expression des PCI de ces enfants. Il est suggéré que des études futures continuent d'investiguer l'efficacité globale des programmes d'intervention offerts à ces familles afin de colliger davantage de données de recherche. De plus, il serait intéressant de développer des programmes d'intervention spécifiques aux types de maltraitance mais, également adressant mieux la résolution des PCI de ces enfants.

Depuis plusieurs années, des recommandations quant au besoin de s'intéresser à l'efficacité des programmes d'intervention offerts aux familles suivies en PJ selon le type de mauvais traitements vécus par les enfants sont émises (Corcoran, 2000; Larrivée et al., 2009; Wilson et al., 2008). Les comportements des enfants sont un indicateur essentiel à considérer dans l'évaluation des programmes d'intervention offerts à ces familles. Or, il reste beaucoup à faire à ce sujet afin de réellement évaluer la qualité des services offerts, et de préciser à quel point ils sont adaptés aux problématiques en jeu et aux réalités des familles impliquées. Il est donc difficile, à ce jour, de déterminer avec

clarté si les programmes d'intervention offerts aux familles suivies en PJ répondent aux besoins des enfants, le nombre d'études décrivant les variables étudiées étant encore trop limitées.

Dans le futur, il serait important de s'intéresser davantage aux programmes d'intervention liés à la négligence étant donné l'importance de sa prévalence. De plus, plusieurs auteurs recommandaient d'une part, d'étudier les phénomènes de négligence, d'abus physique et de leur cooccurrence séparément et d'autre part, d'évaluer l'efficacité des programmes d'intervention qui leur sont adressés de façon spécifique (Allin et al., 2005; Corcoran, 2000; Dufour et Chamberland, 2003; Hearn, 2011; Kaplan, Pelcovitz et Labruna 1999; Larrivée et al., 2009; Wilson et al., 2008). Or, le peu d'études répertoriées dans ce projet dans les différents types de maltraitance et les résultats non significatifs obtenus permettent d'observer un écart entre les recommandations de la littérature et les pratiques couramment utilisés dans les programmes d'intervention actuels (Boyce et Maholmes, 2013). Bref, il est important de colliger d'autres résultats d'études afin de répondre aux questions de haute importance soulevées dans ce mémoire. De plus, les études futures ne devraient pas se reposer uniquement sur le principal motif de compromission vécu par l'enfant puisque cette méthodologie occulte les autres formes de maltraitance possiblement co-occurentes. Or, on peut se questionner, malgré les constats issus de la littérature, sur le réalisme d'une telle démarche. En effet, la volonté de définir, de classifier, de diagnostiquer les comportements humains, de les catégoriser aide à les comprendre, mais apporte une dimension restrictive à une conception multidimensionnelle et écosystémique de la maltraitance. Comme le soulèvent Pears et

al., (2008), se pourrait-il que l'efficacité globale des programmes d'intervention visant à contrer la récurrence de la maltraitance et à améliorer le pronostic développemental des enfants en diminuant l'expression des PCI et des PCE de ces enfants reposent sur la combinaison des programmes d'intervention dits spécifiques conjointement aux services communs offerts aux différentes formes d'abus?

## Références

- Achenbach, T.M., Howell, C.T., Quay, H.C. et Conners, C.K. (1991). National survey of problems and competencies among four to sixteen-year-olds. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 56(3), Serial No. 225.
- Achenbach, T.M. (2002). *ASEBA – Système d'évaluation empirique Achenbach, Inventaire des comportements de l'enfant (CBCL)*. Montréal, Qc : Institut de recherches psychologiques.
- Agence de la santé publique du Canada (2006). Centre national d'information sur la violence dans la famille : *Les mauvais traitements infligés aux enfants au Canada*. [document en ligne]. Récupéré sur <http://www.phac-aspc.gc.ca/necfv-cnivf/sources/nfnts/nfnts-2006-maltr/index-fra.php>
- Allin, H., Wathen, C.N., et MacMillan, H. (2005). Treatment of child neglect: A systematic review. *Canadian Journal of Psychiatry*, 50(8), 497-504.
- Al Odhayani, A., Watson, W.J. et Watson, L. (2013). Conséquences comportementales de la violence faite aux enfants. *Canadian Family Physician*, 59(8), e350–e356.
- Bakermans-Kranenburg, M. J., Van Ijzendoorn, M. H., et Juffer, F. (2003). Less is more: meta-analyses of sensitivity and attachment interventions in early childhood. *Psychol Bull*, 129(2), 195-215.
- Barlow, J., Johnston, I., Kendrick, D., Polnay, L., et Stewart-Brown, S. (2006). Individual and group-based parenting programmes for the treatment of physical child abuse and neglect. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (3), 20 p.
- Bayer, J. K. et Beatson, R. (2013). *Prévention et intervention précoce pour l'anxiété et la dépression. Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants*. Repéré à : <http://www.enfant-encyclopedie.com/anxiete-et-depression/selon-experts/prevention-et-intervention-precoc-pour-lanxiete-et-la>
- Belsky, J. (1980). Child maltreatment: An ecological integration. *American psychologist*, 35(3), 320-335.
- Belsky, J. (1993). Etiology of child maltreatment: A developmental ecological analysis. *Psychological bulletin*, 114(3), 413.
- Bick, J., et Nelson, C. A. (2016). Early adverse experiences and the developing brain. *Neuropsychopharmacology*, 41(1), 177.
- Boggs, S. R., Eyberg, S., et Reynolds, L. A. (1990). Concurrent validity of the Eyberg child behavior inventory. *Journal of Clinical Child Psychology*, 19(1), 75-78.

- Borenstein, M., Hedges, L. V., Higgins, J. P. T., et Rothstein, H. R. (2009). *Introduction to Meta-Analysis*. Chichester, Royaume-Uni: Wiley.
- Bornstein, M. H., Hahn, C. S., et Haynes, O. M. (2010). Social competence, externalizing, and internalizing behavioral adjustment from early childhood through early adolescence: Developmental cascades. *Development and psychopathology*, 22(4), 717-735.
- Boyce, C. A., et Maholmes, V. (2013). Attention to the Neglected Prospects for Research on Child Neglect for the Next Decade. *Child maltreatment*, 18(1), 65-68.
- Brotherson, S., Saxena, D. et Tichy, A. (2012). *Nurturing Parenting Program in North Dakota: Project Overview and Year-End Report for 2010-2011*. Fargo, ND : North Dakota State University.
- Center for disease control and Prevention (2008). *Child abuse and neglect: definitions*. Consulté sur le site: <https://www.cdc.gov/violenceprevention/childmaltreatment/definitions.html>
- Centre Jeunesse de Québec-Institut Universitaire (CJQ-IU) (2013). *Guide de pratique pour la clientèle 0-5 ans*. Québec : Direction du développement de la pratique professionnelle et des affaires universitaires.
- \*Chaffin, M., Silovsky, J. F., Funderburk, B., Valle, L. A., Brestan, E. V., Balachova, T., ... et Bonner, B. L. (2004). Parent-child interaction therapy with physically abusive parents: efficacy for reducing future abuse reports. *Journal of consulting and clinical psychology*, 72(3), 500.
- Chaffin, M., Bard, D., Bigfoot, D. S., et Maher, E. J. (2012). Is a structured, manualized, evidence-based treatment protocol culturally competent and equivalently effective among American Indian parents in child welfare? *Child maltreatment*, 17(3), 242-252. doi:10.1177/1077559512457239
- Chamberland, C., Lacharité, C., Bouchard, V. et Lessard, D. (2010; Octobre). *Caractéristiques des enfants et des familles recevant des services de prévention et de protection*. Présenté dans le cadre de l'Action Intersectorielle pour le Développement des Enfants et leur Sécurité.
- Cicchetti, D., et Toth, S. L. (2005). Child maltreatment. *Annu. Rev. Clin. Psychol.*, 1, 409-438.
- Cicchetti, D., Rogosch, F. A., et Toth, S. L. (2006). Fostering secure attachment in infants in maltreating families through preventive interventions. *Development and Psychopathology*, 18(3), 623-649. doi:10.1017/S0954579406060329.



- Cicchetti, D., et Valentino, K. (2006). *An ecological transactional perspective on child maltreatment: Failure of the average expectable environment and its influence upon child development*. In D. Cicchetti, & D. J. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology* (2 ed., Vol. 3, pp. 129-201). New York, NY: Wiley.
- Cicchetti, D. (2016). Socioemotional, personality, and biological development: Illustrations from a multilevel developmental psychopathology perspective on child maltreatment. *Annual Review of Psychology*, 67(X), 187-211. doi:10.1146/annurev-psych-122414-033259.
- Cohen, J. A., Berliner, L., et Mannarino, A. (2010). Trauma focused CBT for children with co-occurring trauma and behavior problems. *Child abuse & neglect*, 34(4), 215-224.
- Compton, S. N., Burns, B. J., Egger, H. L., et Robertson, E. (2002). Review of the evidence base for treatment of childhood psychopathology: Internalizing disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(6), 1240.
- Corcoran, J. (2000). Family interventions with child physical abuse and neglect: A critical review. *Children and Youth Services Review*, 22(7), 563-591.
- Cosgrove, V. E., Rhee, S. H., Gelhorn, H. L., Boeldt, D., Corley, R. C., Ehringer, M. A., ... et Hewitt, J. K. (2011). Structure and etiology of co-occurring internalizing and externalizing disorders in adolescents. *Journal of abnormal child psychology*, 39(1), 109-123.
- Cucherat, M., et Leizorovicz, A. (2007). La méta-analyse des essais thérapeutiques, Concepts et interprétation des résultats. *Médecine thérapeutique*, 13(4), 311-316.
- Cyr, C., Poulin, C., Losier, V., Michel, G., et Paquette, D. (2012). L'évaluation des capacités parentales lors de maltraitance auprès de jeunes enfants (0-5 ans): Un protocole d'évaluation et d'intervention fondé sur la théorie de l'attachement. = Assessing parenting capacity in child protection cases (0-5 years old): An attachment-based assessment and intervention protocol. *Revue de psychoéducation*, 41(2), 155-177.
- De Bellis, M. D. (2001). Developmental traumatology: The psychobiological development of maltreated children and its implications for research, treatment, and policy. *Development and psychopathology*, 13(3), 539-564.
- DePanfilis, D., et Zuravin, S. J. (2002). The effect of services on the recurrence of child maltreatment. *Child Abuse & Neglect*, 26(2), 187-205. doi:10.1016/S0145-2134(01)00316-7.

- Douglas, E. M. (2014). A comparison of child fatalities by physical abuse versus neglect: Child, family, service, and worker characteristics. *Journal of Social Service Research, 40*(3), 259-273. doi:10.1080/01488376.2014.893948
- Dufour, S., Chamberland, C., et Trocmé, N. (2003). *L'efficacité des interventions en protection de l'enfance. Recension des écrits*. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour la protection et le bien-être des enfants.
- Dufour, S., et Chamberland, C. (2009). Agir au mieux pour prévenir et contrer la maltraitance envers les enfants du Québec. *Santé, Société et Solidarité, 8*(1), 119-127.
- Egeland, B., Sroufe, L. A., et Erickson, M. (1983). The developmental consequence of different patterns of maltreatment. *Child abuse & neglect, 7*(4), 459-469.
- Ellis, P. D. (2010). *The essential guide to effect sizes: Statistical power, meta-analysis, and the interpretation of research results*. Cambridge University Press.
- Éthier, L. S., Lemelin, J.-P., et Lacharité, C. (2004). A longitudinal study of the effects of chronic maltreatment on children's behavioral and emotional problems. *Child Abuse & Neglect, 28*(12), 1265-1278. doi:10.1016/j.chiabu.2004.07.006
- Éthier, L., Bourassa, L., Klapper, U., et Dionne, M. (2006). *L'évolution des familles négligentes: chronicité et typologie*. Rapport de recherche FQRSC.
- English, D. J., Bangdiwala, S. I., et Runyan, D. K. (2005). The dimensions of maltreatment: introduction. *Child Abuse Negl, 29*(5), 441-460. doi:10.1016/j.chiabu.2003.09.023
- Euser, S., Alink, L. R., Stoltenborgh, M., Bakermans-Kranenburg, M. J., et Van Ijzendoorn, M. H. (2015). A gloomy picture: a meta-analysis of randomized controlled trials reveals disappointing effectiveness of programs aiming at preventing child maltreatment. *Public Health, 15*(X), 1068-1068. doi:10.1186/s12889-015-2387-9
- Eyberg, S., et Pincus, D. (1999). *Eyberg Child Behavior Inventory & Sutter-Eyberg Student Behavior Inventory-Revised: Professional Manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Fanti, K. A., et Henrich, C. C. (2010). Trajectories of pure and co-occurring internalizing and externalizing problems from age 2 to age 12: findings from the National Institute of Child Health and Human Development Study of Early Child Care. *Developmental psychology, 46*(5), 1159.

- Gaudin, J. M., Polansky, N. A., Kilpatrick, A. C., et Shilton, P. (1996). Family functioning in neglectful families. *Child Abuse & Neglect*, 20(4), 363-377.
- Gouvernement du Québec (2016). *Un projet de vie, des racines pour la vie*. Québec : Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Harden, B. J., et Klein, S. (2011). Infants/toddlers in child welfare: What have we learned and where do we go from here? *Children and Youth Services Review*, 33(8), 1464-1468. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.childyouth.2011.04.021>
- Harden, B. J., Buhler, A., et Parra, L. J. (2016). Maltreatment in infancy: A developmental perspective on prevention and intervention. *Trauma, Violence, & Abuse*, 17(4), 366-386. doi: 10.1177/1524838016658878.
- Hearn, J. (2011). Unmet needs in addressing child neglect: Should we go back to the drawing board? *Children and Youth Services Review*, 33(5), 715-722.
- Higgins, J., Altman, D. G., Gøtzsche, P. C., Jüni, P., Moher, D., Oxman, A. D. et al. (2011). *The Cochrane Collaboration's tool for assessing risk of bias in randomised trials*. Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions Version 5.1.0 [updated March 2011]. The Cochrane Collaboration, 2011.
- Howes, P. W., Cicchetti, D., Toth, S. L., et Rogosch, F. A. (2000). Affective, organizational, and relational characteristics of maltreating families: A system's perspective. *Journal of Family Psychology*, 14(1), 95-110. doi:10.1037/0893-3200.14.1.95
- Hélie, S. et Bouchard, C. (2010). Recurrent Reporting of Child Maltreatment : State of Knowledge and Avenues for Research. *Children and Youth Services Review*, 32(3), 416-422.
- Hélie, S., Collin-Vézina, D., Turcotte, D., Trocmé, N. et Girouard, N. (2017). *Étude d'incidence québécoise sur les situations évaluées en protection de la jeunesse en 2014 (ÉIQ-2014)*. Rapport final remis au Ministère de la santé et des services sociaux. Consulté sur le site : [http://cwrp.ca/sites/default/files/publications/en/-2014\\_rapport\\_final.pdf](http://cwrp.ca/sites/default/files/publications/en/-2014_rapport_final.pdf).
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). *Efficacité des interventions en matière de négligence auprès des enfants, des familles et des communautés autochtones*. Rapport rédigé par Carrie Anna McGinn et Jean Damasse. ETMIS 2014; 10(2): 1-38.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) (2016). Bilan des DPJ-DP 2016: Les mauvais traitements psychologiques (2e édition). Consulté sur le

site :[https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/ServicesSociaux/Bilan\\_DPJ/INESSS\\_Bilan\\_DPJ\\_Mauvais\\_traitements\\_psycho\\_2016.pdf](https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/ServicesSociaux/Bilan_DPJ/INESSS_Bilan_DPJ_Mauvais_traitements_psycho_2016.pdf)

- Jackson, D., et Turner, R. (2017). Power analysis for random-effects meta-analysis. *Research synthesis methods*, 8(3), 290-302.
- Kaminski, J. W., Valle, L. A., Filene, J. H., et Boyle, C. L. (2008). A meta-analytic review of components associated with parent training program effectiveness. *Journal of abnormal child psychology*, 36(4), 567-589.
- Kaplan, S. J., Pelcovitz, D., et 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 & Adolescent Psychiatry*, 38(10): 1214-1222.
- Keil, V., et Price, J. M. (2006). Externalizing behavior disorders in child welfare settings: Definition, prevalence, and implications for assessment and treatment. *Children and Youth Services Review*, 28(7), 761-779. doi:<https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2005.08.006>.
- \*Kjellgren, C., Svedin, C. G., et Nilsson, D. (2013). Child physical abuse—Experiences of combined treatment for children and their parents: A pilot study. *Child Care in Practice*, 19(3), 275-290.
- \*Kolko, D. J. (1996). Individual cognitive behavioral treatment and family therapy for physically abused children and their offending parents: A comparison of clinical outcomes. *Child Maltreatment*, 1(4), 322-342.
- Kolko, D. J., Iselin, A. M. R., et Gully, K. J. (2011). Evaluation of the sustainability and clinical outcome of Alternatives for Families: A Cognitive-Behavioral Therapy (AF-CBT) in a child protection center. *Child Abuse & Neglect*, 35(2), 105-116.
- Kolko, D., Swenson, C. C., et Swenson, C. C. (2002). *Assessing and treating physically abused children and their families: A cognitive-behavioral approach*. Sage, 346 p.
- Lacharité, C., De Montigny, F., Miron, J.-M., Devault, A., Larouche, H., et Desmet, S. (2005). *Les services offerts aux familles à risque ou en difficulté: Modèles conceptuels, stratégies d'action et réponse aux besoins des parents*. Trois-Rivières, QC: GREDEF/UQTR.
- Lacharité, C. et Xavier, M. (2009). Violence conjugale et négligences graves envers les enfants. *Empan*, 73,(1), 128-135. doi:10.3917/empa.073.0128.

- Lacharité, C. (2014). Transforming a wild world: Helping children and families to address neglect in the province of Quebec, Canada. *Child Abuse Review*, 23(4), 286-296. doi:10.1002/car.2347
- Larivée, M.-C., Lavergne, C., Dufour, S., et Trocmé, N. (2009). L'abus physique avec ou sans autres formes de mauvais traitements: deux réalités? *Revue de psychoéducation*, 38(1), 73-95.
- Lau, A. S., Leeb, R. T., English, D., Graham, J. C., Briggs, E. C., Brody, K. E., et Marshall, J. M. (2005). What's in a name? A comparison of methods for classifying predominant type of maltreatment. *Child Abuse Negl*, 29(5), 533-551. doi:10.1016/j.chiabu.2003.05.005.
- Laurendeau, R. (2012). *Liens entre la maltraitance et les comportements extériorisés : rôle des processus individuels et relationnels*. Essai de 3<sup>ème</sup> cycle. UQTR : Inédit.
- Leach, C., Baksheev, G. N., et Powell, M. (2016). Child sexual abuse research: challenges of case tracking through administrative databases. *Psychiatry, Psychology and Law*, 22(6), 912-919.
- Lehmann, S., Havik, O.E., Havik, T. et Heiervang, E.R. (2013). Mental disorders in foster children: a study of prevalence, comorbidity and risk factors. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 7(1), 39.
- \*Letarte, M. J., Normandeau, S., et Allard, J. (2010). Effectiveness of a parent training program "Incredible Years" in a child protection service. *Child Abuse & Neglect*, 34(4), 253-261.
- \*Linares, L. O., Montalto, D., Li, M., et Oza, V. S. (2006). A promising parenting intervention in foster care. *Journal of consulting and clinical psychology*, 74(1), 32.
- Littell, J. H., Corcoran, J., et Pillai, V. (2008). *Systematic reviews and meta-analysis*. Oxford University Press.
- Loi sur la protection de la jeunesse*, (2007a). L.R.Q., c. P-34.1, article 2.
- Loi sur la protection de la jeunesse*, (2007). L.R.Q., c. P-34.1, article 91.1.

- Lundahl, B., Risser, H. J., et Lovejoy, M. C. (2006). A meta-analysis of parent training: Moderators and follow-up effects. *Clinical psychology review*, 26(1), 86-104.
- Lynch, M., et Cicchetti, D. (1998). An ecological-transactional analysis of children and contexts: The longitudinal interplay among child maltreatment, community violence, and children's symptomatology. *Development and psychopathology*, 10(2), 235-257.
- Lyons-Ruth, K., et Jacobvitz, D. (2008). Attachment disorganization: Genetic factors, parenting contexts, and developmental transformation from infancy to adulthood. Dans J. Cassidy & P. R. Shaver (Éds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (2nd ed.). (pp.666-697). New York, NY US: Guilford Press.
- \*MacMillan, H. L., Thomas, B. H., Jamieson, E., Walsh, C. A., Boyle, M. H., Shannon, H. S., et Gafni, A. (2005). 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*, 365(9473), 1786-1793.
- Martin, V. et Renaud, J. (2013). *Les normes de production des revues systématiques. Guide méthodologique*. Montréal, Canada: Institut national d'excellence en santé et en services sociaux.
- Maschi, T., Morgen, K., Bradley, C., et Hatcher, S. S. (2008). Exploring gender differences on internalizing and externalizing behavior among maltreated youth: Implications for social work action. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 25(6), 531-547.
- Masson, M., Bussi res, E.L., East-Richard C., Mercier-R., A., et Cellard, C. (2015). Neuropsychological profile of children, adolescents and adults experiencing maltreatment: A meta-analysis. *The Clinical Neuropsychologist*, 1-22.
- Mian, N. D. et Carter, A. S. (2013). *Dépistage et évaluation de l'anxiété et de la dépression pendant la petite enfance*. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants*. Repéré à: <http://www.enfant-encyclopedie.com/anxiete-et-depression/selon-experts/depistage-et-evaluation-de-lanxiete-et-de-la-depression-pendant>
- Milne, L. et Collin-Vézina, D. (en préparation). *An Overview of Trauma Measures*.
- \*Moss, E., Dubois-Comtois, K., Cyr, C., Tarabulsy, G. M., St-Laurent, D., & Bernier, A. (2011). Efficacy of a home-visiting intervention aimed at improving maternal sensitivity, child attachment, and behavioral outcomes for maltreated children: A randomized control trial. *Development and psychopathology*, 23(1), 195-210.



- National Child Trauma Stress Network (NCTSN) (2017). *Trauma screening*. Consulté sur le site : <http://www.nctsn.org/resources/topics/trauma-informed-screening-assessment/trauma-screening>
- Norman, R. E., Byambaa, M., De, R., Butchart, A., Scott, J., et Vos, T. (2012). The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis. *PLoS medicine*, 9(11), e1001349.
- O'Brien, M. (2011). Measuring the effectiveness of routine child protection services: The results from an evidence based strategy. *Child & Youth Services*, 32(4), 303-316. doi:10.1080/0145935X.2011.639239.
- Observatoire des tout-petits, (2017). *Violence et maltraitance : Les tout-petits québécois sont-ils à l'abri ?* Montréal, Québec : Observatoire des tout-petits.
- Oland, A. A., et Shaw, D. S. (2005). Pure versus co-occurring externalizing and internalizing symptoms in children: The potential role of socio-developmental milestones. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 8(4), 247-270.
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (2015). *Rapport de situation 2014 sur la prévention de la violence dans le monde*. Consulté sur le site:[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/145088/1/WHO\\_NMH\\_NVI\\_14.2\\_fre.pdf?ua=&ua=](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/145088/1/WHO_NMH_NVI_14.2_fre.pdf?ua=&ua=)
- Oswald, D. P. et Mazefsky, C. A. (2006). Empirically supported psychotherapy interventions for internalizing disorders. *Psychology in the Schools*, 43: 439-449. doi:10.1002/pits.20158
- Palusci, V. J. (2011). Risk factors and services for child maltreatment among infants and young children. *Children and Youth Services Review*, 33(8), 1374-1382. doi: 10.1016/j.childyouth.2011.04.025
- Pears, K. C., Kim, H. K., et Fisher, P. A. (2008). Psychosocial and cognitive functioning of children with specific profiles of maltreatment. *Child Abuse & Neglect*, 32(10), 958-971.
- Pecora, P. J., Sanders, D., Wilson, D., English, D., Puckett, A., et Rudlang-Perman, K. (2014). Addressing common forms of child maltreatment: Evidence-informed interventions and gaps in current knowledge. *Child & Family Social Work*, 19(3), 321-332. doi:10.1111/cfs.12021

- Petrenko, C. L., Friend, A., Garrido, E. F., Taussig, H. N., et Culhane, S. E. (2012). Does subtype matter? Assessing the effects of maltreatment on functioning in preadolescent youth in out-of-home care. *Child Abuse & Neglect*, 36(9), 633-644.
- Portail canadien de protection de l'enfance. *Législation*. Consulté sur le site : [http://cwrp.ca/fr/provinces-territoires/quebec?quicktabs\\_24=2#quicktabs-24](http://cwrp.ca/fr/provinces-territoires/quebec?quicktabs_24=2#quicktabs-24)
- Quay, H. C. (1983). A dimensional approach to behavior disorder: The Revised Behavior Problem Checklist. *School Psychology Review*, 12(3), 244-249.
- Reyno, S. M., et McGrath, P. J. (2006). Predictors of parent training efficacy for child externalizing behavior problems—a meta-analytic review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(1), 99-111.
- Reynolds, C. R. et Kamphaus, R. W. (2015a). *BASC-3 Système d'évaluation du comportement de l'enfant (3e éd.)*, Version pour francophones du Canada. Don Mills, Ontario: PsychCorp. NCS Pearson.
- \*Runyon, M. K., Deblinger, E., et Schroeder, C. M. (2009). Pilot evaluation of outcomes of combined parent-child cognitive-behavioral group therapy for families at risk for child physical abuse. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16(1), 101-118. Runyon, M. K., Deblinger, E., et Steer, R. A. (2010). Group cognitive behavioral treatment for parents and children at-risk for physical abuse: An initial study. *Child & Family Behavior Therapy*, 32(3), 196-218.
- Schrader-McMillan, A., et Barlow, J. (2017). *Improving the Effectiveness of the Child Protection System: A Review of the Literature*. Research paper. Oxford Department for Social Policy and Intervention, University of Oxford.
- Sedlak, A. J., Mettenburg, J., Basena, M., Peta, I., McPherson, K., et Greene, A. (2010). *Fourth national incidence study of child abuse and neglect (NIS-4)*. Washington, DC: US Department of Health and Human Services.
- Servot, S. et Touchette, E. (2017). Comment dépister les difficultés comportementales intériorisées chez des enfants du préscolaire ? *La Foucade*, Comité Québécois pour les jeunes en difficulté de comportement.
- Shaw, D. S. et Shelleby, E.C. (2014). Early-starting conduct problems: Intersection of conduct problems and poverty. *Annual Review of Clinical Psychology* 10: 503-528.
- Shields, A., et Cicchetti, D. (2001). Parental maltreatment and emotion dysregulation as risk factors for bullying and victimization in middle childhood. *Journal of clinical child psychology*, 30(3), 349-363.



- St-Laurent, D., Larin, S., Tarabulsky, G.M., Moss, E., Bernier, A., Dubois-Comtois, K., et Cyr, C. (2008). Intervenir auprès de familles vulnérables selon les principes de la théorie de l'attachement. *L'infirmière clinicienne*, 5(2), p.22-29.
- \*Thomas, R. et Zimmer-Gembeck, M.J. (2007). Behavioral Outcomes of Parent-Child Interaction Therapy and Triple P—Positive Parenting Program: A Review and Meta-Analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35(475). <https://doi.org/10.1007/s10802-007-9104-9>
- Thomas, R. et M. J. Zimmer-Gembeck, M.J. (2012). Parent–Child Interaction Therapy: An evidence-based treatment for child maltreatment. *Child Maltreatment* 17(3): 253-266.
- Timmer, S. G., Urquiza, A. J., Zebell, N. M., et McGrath, J. M. (2005). Parent-child interaction therapy: Application to maltreating parent-child dyads. *Child Abuse & Neglect*, 29(7), 825-842.
- Toth, S. L., J. T. Manly et W. J. Nilsen (2008). From research to practice: Lessons learned. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 29(4), 317-325.
- Toth, S. L., Gravener-Davis, J. A., Guild, D. J., et Cicchetti, D. (2013). Relational interventions for child maltreatment: Past, present, and future perspectives. *Development and Psychopathology*, 25(4, Pt 2), 1601-1617. doi:10.1017/S0954579413000795.
- Trocmé, N., Fallon, B., MacLaurin, B., Sinha, V., Black, T., Fast, E., et Holroyd, J. (2010). *Étude canadienne sur l'incidence des signalements des cas de violence et de négligence envers les enfants de 2008 (ÉCI-2008). Données principales.*
- Trocmé, N., Knoke, D., Fallon, B., et MacLaurin, B. (2009). Differentiating between substantiated, suspected, and unsubstantiated maltreatment in Canada. *Child maltreatment*, 14(1), 4-16. doi:10.1177/1077559508318393
- Unicef (2003). Tableau de classement des décès d'enfants par suite de maltraitance dans les nations riches. *Bilan Innocenti*, 5.
- U.S. Department of Health & Human Services, (2016). *Child maltreatment statistics 2016*. Consulté sur le site: <https://www.acf.hhs.gov/opre/resource-library/search?area%5B2756%5D=2756>
- Viezel, K. D., Lowell, A., Davis, A. S., et Castillo, J. (2014). Differential profiles of adaptive behavior of maltreated children. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 6(5), 574-579. doi:10.1037/a0036718.

Wilson, S. R., Rack, J. J., Shi, X., et Norris, A. M. (2008). Comparing physically abusive, neglectful, and non-maltreating parents during interactions with their children: A meta-analysis of observational studies. *Child Abuse & Neglect*, 32(9), 897-911. doi:10.1016/j.chiabu.2008.01.003

### **Appendice 1.**

Caractéristiques des programmes d'intervention offerts aux familles négligentes  
(Servot, S., 2014, document de travail)

Programme	PAPF C <sup>2</sup>	Projet famille	SafeCare for child Neglect	Incredible Years	Nurturing programs	Intervention éducative à domicile	Social network intervention	Home visitation by public health nurses	Multisystem Therapy
Approche	Écosys	Écosys-CC-CF	EcoBehaviorale	EcoBehavioral-AS	Centrée sur les forces-CC	Écosys.CF	Psychoéd. Behaviorale	Modèle écologique	Écosys-CF
Type									
Manualisée		• <sup>1</sup>	• <sup>3</sup>	• <sup>1</sup>	• <sup>3</sup>	• <sup>2</sup>		•	•
Intersectorielle	•								•
Auprès enfants	•	•			•	•	•		•
Auprès parents	•	•	•	•	•	•	•	•	•
Visites à domicile	•	•	•		•	•	•	•	•
I. de groupe	•			•	•		•		
Parent training			•	•	•		•		
Cibles des programmes									
Dvt perso parent	•				•				
Dvt perso enfant					•	•			
Résolution problèmes		•		•	•		•	•	•
Discipline positive				•	•			•	•
Connaissances soins-dvt enfant			•	•	•			•	
Relation parent-enf	•	•	•	•	•	•			•
Fonctionnement familial		•			•				•
Dvt habiletés sociales-communication	•	•		•			•		•
Développement du réseau social	•				•		•		
Relation famille-communauté	•	•				•		•	•
Soutien concret	•				•				
Home Safety			•		•				
Fréquence-Durée	18 à 24 mois	10 à 15 séances	18 à 22 sem-1 à 2x/sem	2h/sem-16 sem min	16 séances	Plusieurs h/sem +/- 1 an	12 mois	24 mois	1,5 h/sem-8 sem

## **Appendice 2.**

Source de la confirmation de la maltraitance

Étude	Source de la confirmation de la maltraitance
Chaffin et al. (2004)	À partir des services de protection de la jeunesse
Kjellgren et al. (2013)	« Physical abuse has occurred »
Kolko (1996)	À partir des services de protection de la jeunesse
Kolko et al. (2011)	À partir des services de protection de la jeunesse
Letarte et al. (2010)	À partir des services de protection de la jeunesse
Linares et al. (2006)	À partir des services de protection de la jeunesse
MacMillan et al. (2005)	« ...history of maltreatment »
Moss et al. (2011)	« Reported for maltreatment by CJ or CSSSS»
Runyon et al. (2009)	«11/12 families from CPS»
Runyon et al. (2010)	«53% from CPS, 47 % from parent confession»
Thomas et al. (2011)	« Reffered by CPS, other proff of maltreatment or self-report »
Timmer et al. (2005)	« Parents have maltreated pr...history of maltreatment »

### **Appendice 3.**

Experts consultés dans la recherche documentaire

<b>Experts consultés</b>	<b>Références obtenues</b>
Chaffin et al. (2004)	Pas de réponse
David Kolko	Réponse négative
Marie-Josée Letarte	Réponse négative
Linares et al. (2006)	Pas de réponse
Harriet MacMillan	2 articles, déjà repertoriés
Ellen Moss	Réponse négative
Melissa Runyon	3 articles, dont 2 déjà repertoriés et un qui sera retenu (Kjellgren et al., 2013)
Thomas et al. (2011)	2 articles, déjà repertoriés
Timmer et al. (2005)	2 articles, déjà repertoriés
Jane Silovsky	Pas de réponse



**Appendice 4.**  
Grille d'extraction - Méta analyse

**Auteurs :**

**Année :**

**Pays :**

**Participants**

<b>N effectif</b>	<b>Moyenne d'âge</b>	<b>% Garçon – fille</b>	<b>Type de M</b>	<b>Milieu recrutement</b>
GC : GE :	Mères : Enfants :			

**Intervention**

<b>Cible de l'intervention</b>	<b>Type de M visée par le prog.</b>	<b>Durée de l'intervention</b>	<b>Offerte par</b>
Parent Parent et enfant en parallèle Interaction parent-enfant	Non spé N AP N-AP		Professionnel  Parapro

**Données sur les comportements ext-int de l'enfant**

<b>Échelles utilisées</b>	<b>Moment de la mesure</b>

**Caractéristiques méthodologiques**

<b>Type de devis</b>	
Expérimental	
Quasi expérimental	
Corrélationnel	

**Appendice 5.**  
Grille d'évaluation des risques de biais

TYPE DE BIAIS	JUGEMENT SUR LE RISQUE DE BIAIS (Haut risque/faible risque/ pas clair)	CITATION, PAGE
Biais de sélection		
Biais de performance		
Biais lié à l'attrition ( <i>drop outs</i> )		
Biais de détection		
Biais de <i>reporting</i>		
Autres sources de biais : -Sources de financement déclarées ? -Conflit d'intérêts rapportés ?		

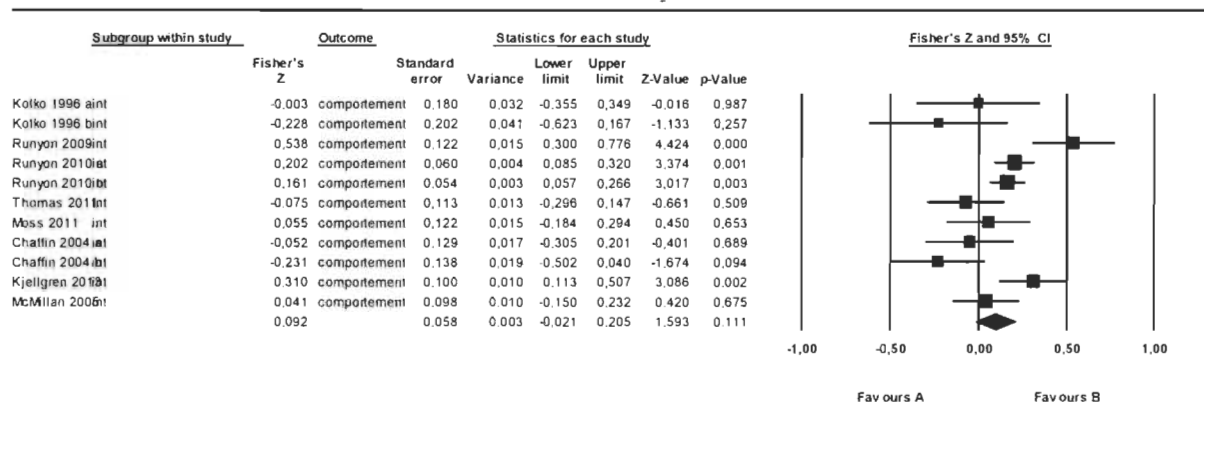
**Appendice 6.**  
Cochrane bias tool

The Cochrane Collaboration's tool for assessing risk of bias

Domain	Description	Review authors' judgement
<b>Sequence generation</b>	Describe the method used to generate the allocation sequence in sufficient detail to allow an assessment of whether it should produce comparable groups.	Was the allocation sequence adequately generated?
<b>Allocation concealment</b>	Describe the method used to conceal the allocation sequence in sufficient detail to determine whether intervention allocations could have been foreseen in advance of, or during, enrolment.	Was allocation adequately concealed?
<b>Blinding of participants, personnel and outcome assessors.</b> <i>Assessments should be made for each main outcome (or class of outcomes)</i>	Describe all measures used, if any, to blind study participants and personnel from knowledge of which intervention a participant received. Provide any information relating to whether the intended blinding was effective.	Was knowledge of the allocated intervention adequately prevented during the study?
<b>Incomplete outcome data.</b> <i>Assessments should be made for each main outcome (or class of outcomes)</i>	Describe the completeness of outcome data for each main outcome, including attrition and exclusions from the analysis. State whether attrition and exclusions were reported, the numbers in each intervention group (compared with total randomized participants), reasons for attrition/exclusions where reported, and any re-inclusions in analyses performed by the review authors.	Were incomplete outcome data adequately addressed?
<b>Selective outcome reporting</b>	State how the possibility of selective outcome reporting was examined by the review authors, and what was found.	Are reports of the study free of suggestion of selective outcome reporting?
<b>Other sources of bias</b>	State any important concerns about bias not addressed in the other domains in the tool. If particular questions/entries were pre-specified in the review's protocol, responses should be provided for each question/entry.	Was the study apparently free of other problems that could put it at a high risk of bias?

### **Appendice 7.**

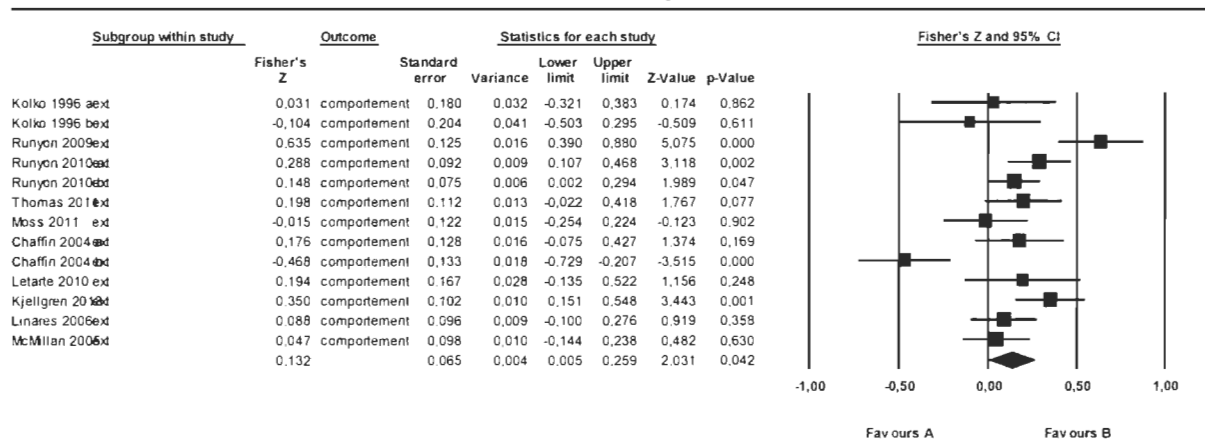
Vérification de la présence de données extrêmes-Comportements intériorisés





### **Appendice 8.**

Vérification de la présence de données extrêmes-Comportements extériorisés



## **Appendice 9.**

Synthèse des risques de biais associés aux articles retenus

- : absence de biais  
+ : présence de biais

Article	Biais de sélection	Biais de performance	Biais lié à l'attrition	Biais de détection	Biais de <i>reporting</i>	Autres sources de biais
Chaffin et al. (2004)	-	-	-	+	-	-
Kjellgren et al. (2013)	+	+	-	+	-	-
Kolko (1996)	-	-	-	+	-	-
Letarte et al. (2010)	+	+	-	+	+	-
Linares et al. (2006)	-	-	-	+	-	-
MacMillan et al. (2005)	-	-	-	+	-	-
Moss et al. (2011)	-	-	-	+	-	-
Runyon et al. (2009)	+	+	-	+	-	-
Runyon et al. (2010)	-	-	-	+	-	-
Thomas et al. (2011)	-	-	-	+	-	-

**Appendice 10.**  
Extraction des données

Etude (k=13)	Sous-groupe	Outcome	Outil	Cible	Devis	Pays	Age enfants	Age parents	Type de M	Programme	Durée int.	Nombre int.	N GE	N GC	Niveau de comp	Garçons	Filles
Chaffin et al. (2004)a	S	Ext	BASC	P+E	EXP	USA	7.25	32	AP	PCIT	13h	13	42	35	inter	38	39
	S	Int	BASC	P+E	EXP	USA	7.25	32	AP		13h	13	42	35	inter		
Chaffin et al. (2004)b	S	Ext	BASC	P+E	EXP	USA	7.25	32	AP	EPCIT	13h	13	33	35	inter	17	16
	S	Int	BASC	P+E	EXP	USA	7.25	32	AP		13h	13	33	35	inter		
Kjellgren et al. (2013)	S	Ext	CBCL	P+E	Quasi-EXP	Suède	9.2	39.3	AP	CPC-CBT	32h	16	27	0	intra	16	11
	S	Int	CBCL	P+E	Quasi-EXP	Suède	9.2	39.3	AP		32h	16	27	0	intra		
Kolko (1996)a	NS	Ext	CBCL	P/E	EXP	USA	8.6	-	AP	CBT	18h	12	25	12	inter	38	17
	NS	Int	CBCL	P/E	EXP	USA	8.6	-	AP		18h	12	25	12	inter		
Kolko (1996)b	NS	Ext	CBCL	P+E	EXP	USA	8.6	-	AP	Family Therapy	18h	12	18	12	inter		
	NS	Int	CBCL	P+E	EXP	USA	8.6	-	AP		18h	12	18	12	inter		
Letarte et al. (2010)	NS	Ext	ECBI	P	Quasi-EXP	Canada	8.6	37.3	N	Incredible Years	32h	16	26	9	inter	24	11
Linares et al. (2006)	NS	Ext	CBCL-ECBI	P	EXP	USA	6.2	32.1	N	Incredible Years	24h	12	38	70	inter	54	54
MacMillan et al. (2005)	NS	Ext	RBCP	P	EXP	Canada	5.15	-	N-AP	Home visiting	75h	50	55	50	inter	63	42
	NS	Int	RBCP	P	EXP	Canada	5.15	-	N-AP		75h	50	55	50	inter		
Moss et al. (2011)	NS	Ext	CBCL	P	EXP	Canada	3.35	27.8	N	Intervention relationnelle	12h	8	35	32	inter	34	33
	NS	Int	CBCL	P	EXP	Canada	3.35	27.8	N		12h	8	35	32	inter		
Runyon et al. (2009)	S	Ext	CBCL	P+E	Quasi-EXP	USA	8.1	32.9	AP	CPC-CBT	32h	16	21	0	intra	10	11
	S	Int	CBCL	P+E	Quasi-EXP	USA	8.1	32.9	AP		32h	16	21	0	intra		
Runyon et al. (2010)a	S	Ext	CBCL	P	EXP	USA	9.96	32.85	AP	CBT	32h	16	26	0	intra	13	13
	S	Int	CBCL	P	EXP	USA	9.96	32.85	AP		32h	16	26	0	intra		
Runyon et al. (2010)b	S	Ext	CBCL	P+E	EXP	USA	9.82	33.17	AP	CPC-CBT	32h	16	34	0	intra	17	17
	S	Int	CBCL	P+E	EXP	USA	9.82	33.17	AP		32h	16	34	0	intra		
Thomas et al. (2011)	NS	Ext	ECBI	P+E	EXP	USA	5	33.5	N-AP	PCIT	12h	12	40	33	inter		
	NS	Int	CBCL	P+E	EXP	Australie	5	33.5	N-AP		12h	12	42	36	inter	54	24

S : spécifique  
NS : non-spécifique

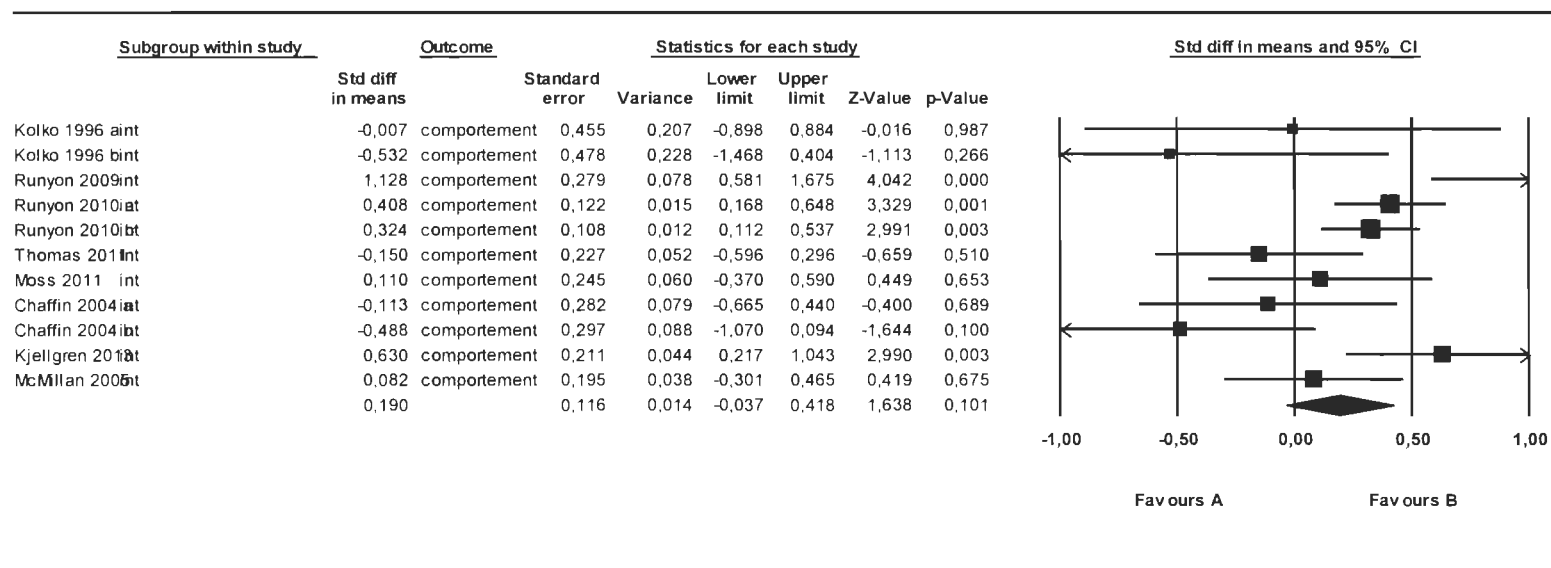
Int : intériorisé  
Ext : extériorisé

P : parent  
E : enfant

PCIT: Parent-child intervention Therapy/ EPCIT:Enhanced PCIT/ CPC-CBT :Combined Parent-Child Cognitive-Behavioral Therapy/ CPC-CBT :Combined Parent-Child Cognitive-Behavioral Therapy

### **Appendice 11.**

Forest plot des études incluses dans la méta-analyse sur les comportements intériorisés





### **Appendice 12.**

Forest plot des études incluses dans la méta-analyse sur les comportements extériorisés.

