

Les meilleures pratiques d'intervention auprès des enfants victimes d'abus physique, sans la présence d'autres formes de mauvais traitements, et leur famille, suivis en protection de la jeunesse

Rapport d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et services sociaux

Auteures

Patricia Bouchard
Caroline Perron
Isabelle Beaumier
Décembre 2016

**Les meilleures pratiques d'intervention auprès des
enfants victimes d'abus physique, sans la présence d'autres
formes de mauvais traitements, et leur famille,
suivis en protection de la jeunesse**

Demandeur

Unité stratégique de planification de l'intervention, de la recherche et de l'innovation (USPIRI) du Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire (CJQ-IU)¹

Gestionnaires du mandat

M^{me} Sandra Lavigne, chef de service du repérage des connaissances, de l'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et services sociaux (ETMISSS) et des services documentaires, CIUSSS de la Capitale-Nationale (depuis février 2016)

*M^{me} Chantal Pilote, adjointe à la coordination administrative de la recherche, CIUSSS de la Capitale-Nationale

M^{me} Sylvie St-Jacques, Ph.D., responsable scientifique, UETMISSS du CIUSSS de la Capitale-Nationale (depuis février 2016)

Recherche documentaire

M^{me} Line Marquis, bibliothécaire, Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire (jusqu'en avril 2015)

M^{me} Paule Asselin, bibliothécaire, Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire (jusqu'en avril 2015)

Comité de suivi

M. Michaël Burns, agent de planification, de programmation et de recherche, CIUSSS de la Capitale-Nationale

*M^{me} Marie-Josée De Montigny, chef de service du développement des pratiques innovantes, évaluation et transfert de connaissances, CIUSSS de la Capitale-Nationale

M^{me} Johanne Guimont, éducatrice, maintenant à la retraite

M^{me} Dominique Jobin, directrice de la protection de la jeunesse, CIUSSS de la Capitale-Nationale

M. Bernard Ladrie, assistant infirmier-chef, CIUSSS de la Capitale-Nationale

M^{me} Sophie Lizotte, agente de relations humaines, CIUSSS de la Capitale-Nationale

*M^{me} Sylvie Nadeau, coordonnatrice des services spécifiques, CIUSSS de la Capitale-Nationale

M. Robert Pauzé, directeur scientifique du CJQ-IU (jusqu'en avril 2015)

M^{me} Diane Plourde, adjointe à la Direction générale et responsable des communications et des relations avec la communauté au CJQ-IU, maintenant à la retraite

*M^{me} Isabelle Simard, directrice des services multidisciplinaires, CIUSSS de la Capitale-Nationale

M^{me} Nancy Viel, spécialiste en activités cliniques, CIUSSS de la Capitale-Nationale

Conseil de validation scientifique

M^{me} Eve-Line Bussièrès, professeure, Département de psychologie, Université du Québec à Trois-Rivières

M. Carl Lacharité, professeur, Département de psychologie, Université du Québec à Trois-Rivières

¹ L'USPIRI a été remplacée par le Comité tactique jeunesse au sein du CIUSSS de la Capitale-Nationale.

Les personnes dont le nom est précédé d'un astérisque (*) occupaient des fonctions différentes au début du projet.

M. Gilles Mireault, président du Comité d'éthique de la recherche sectoriel – jeunes en difficulté et leur famille, CIUSSS de la Capitale-Nationale

Secrétariat et mise en page

M^{me} Sylvie Bélanger, technicienne en administration, Direction de l'enseignement et des affaires universitaires, CIUSSS de la Capitale-Nationale

Comment citer ce document

Bouchard, P., Perron, C. et Beaumier, I. (2016). *Les meilleures pratiques d'intervention auprès des enfants victimes d'abus physique, sans la présence d'autres formes de mauvais traitements, et leur famille, suivis en protection de la jeunesse*. Rapport classique, UETMISSS, CIUSSS de la Capitale-Nationale, 78 p.

Toute reproduction totale ou partielle est autorisée à condition d'en mentionner la source.

Déclaration de conflits d'intérêts

Aucun.

Production : Centre intégré universitaire de Santé et de Services sociaux de la Capitale-Nationale
2915, avenue du Bourg-Royal
Québec (Québec) G1C 3S2
Téléphone : 418 266-1019
Télécopieur : 418 661-5102
Site Internet <http://www.ciusss-capitalenationale.gouv.qc.ca>

Dépôt légal : 2016

Bibliothèque et Archives nationale du Québec

Bibliothèque et Archives Canada

ISBN : 978-2-550-77497-6 (imprimé)

ISBN : 978-2-550-77498-3 (PDF)

© Centre intégré universitaire de Santé et de Services sociaux de la Capitale-Nationale, 2016.

Table des matières

SIGLES ET ABREVIATIONS	V
RESUME	VI
INTRODUCTION	1
1. QUESTION DECISIONNELLE ET QUESTIONS D’EVALUATION	2
2. PROBLEMATIQUE	3
2.1 DEFINITIONS DE L’ABUS PHYSIQUE : DE QUOI PARLE-T-ON EXACTEMENT?.....	3
2.2 DEFINITION DE LA PUNITION CORPORELLE	4
2.3 CONTINUUM DE GRAVITE	4
2.4 DISTINCTION ENTRE LA PREVENTION ET L’INTERVENTION.....	4
3. METHODOLOGIE	5
3.1 REVUE SYSTEMATIQUE DE LA LITTERATURE	5
3.1.1 <i>Stratégie de recherche documentaire</i>	5
3.1.2 <i>Sélection des études, évaluation de la qualité méthodologique et extraction des données</i>	6
3.2 CONSULTATION DES PARTIES PRENANTES	8
3.2.1 <i>Groupes de discussion</i>	8
3.2.2 <i>Consultation d’experts</i>	9
3.3 ANALYSE DES RÉSULTATS	9
3.4 CONSIDERATIONS ETHIQUES.....	10
4. RESULTATS	10
4.1 REVUE SYSTEMATIQUE DE LA LITTERATURE	10
4.1.1 <i>Sélection des publications</i>	10
4.1.2 <i>Description des publications retenues</i>	11
4.1.3 <i>Évaluation du risque de biais des études primaires</i>	11
4.1.4 <i>Crédibilité des documents de littérature grise</i>	12
4.1.5 <i>Synthèse narrative des publications retenues</i>	12
4.2. CONSULTATION DES PARTIES PRENANTES	22
4.2.1 <i>Résultats issus des groupes de discussion auprès des intervenants et des gestionnaires</i>	22
4.2.2 <i>Informations recueillies auprès de l’équipe du « projet pilote sur l’intervention en abus physique »</i> .	23
4.2.3 <i>Opinion d’une chercheure-experte dans le domaine de la maltraitance (abus physique)</i>	24
5. ANALYSE DES DONNEES PROBANTES	25
5.1 DIMENSION EFFICACITE	25
5.2 DIMENSION INNOCUITE.....	28
5.3 DIMENSION ETHIQUE.....	29
5.4 DIMENSION LEGALE.....	29
5.5 DIMENSION ETHNOCULTURELLE	29
5.6 DIMENSION SANTE	30
6. DISCUSSION	31
7. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	33
REFERENCES	34

Annexes

Annexe A – Catégories et mots-clés utilisés pour la recherche documentaire	38
Annexe B – Grille d'extraction des données issues des études primaires	39
Annexe C – Canevas d'entrevue : Intervenants	40
Annexe D – Canevas d'entrevue : Gestionnaires	41
Annexe E – Canevas d'entrevue : Infirmiers	42
Annexe F – Canevas d'entrevue : Expert	43
Annexe G – Diagramme de sélection des études issues de la littérature scientifique et des documents issus de la littérature grise.....	44
Annexe H – Description des programmes.....	45
Annexe I – Caractéristiques des études	51
Annexe J – Résultats issus de la consultation des parties prenantes.....	68

Liste des tableaux

Tableau 1 Données issues des bilans des directeurs de la protection de la jeunesse/Directeurs provinciaux concernant la place de l'AP à différents stades de l'intervention PJ	1
Tableau 2 Questions d'évaluation et dimensions abordées	2
Tableau 3 Définition des critères PICOTS liés à la question décisionnelle et aux questions d'évaluation	5
Tableau 4 Critères de sélection des études.....	7
Tableau 5 Description des participants aux groupes de discussion	9
Tableau 6 Évaluation du risque de biais des études primaires	12
Tableau 7 Synthèse des résultats concernant l'efficacité des interventions visant à diminuer les AP chez les enfants	26

Sigles et abréviations

ACJQ	Association des centres jeunesse du Québec
AP	Abus physique
APPR	Agent de planification, de programmation et de recherche
CJ	Centre jeunesse
CJQ-IU	Centre jeunesse de Québec-Institut universitaire
CJM-IU	Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire
ECR	Essai contrôlé randomisé
ETMI	Évaluation des technologies et des modes d'intervention
ETMISSS	Évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et services sociaux
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
LPJ	Loi sur la protection de la jeunesse
PICOTS	Population – Intervention – Comparateur – <i>Outcomes</i> (résultats d'intérêt) – Temporalité – <i>Setting</i> (environnement)
PJ	Protection de la jeunesse
UETMISSS	Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et en services sociaux
USPIRI	Unité stratégique de planification de l'intervention, de la recherche et de l'innovation

Résumé

Contexte

L'abus physique est une réalité préoccupante au Québec. En importance, il s'agit d'une des principales problématiques portées à l'attention des services de protection de l'enfance chaque année. Il constitue d'ailleurs le second motif pour lequel un signalement a été retenu dans les centres jeunesse du Québec en 2015-2016 (Gouvernement du Québec, 2016). Les incidents isolés d'abus physique sont passés de 13 %, en 1998, à 37 % en 2008. Plus récemment, des intervenants du CJQ-IU ont également constaté une augmentation de ce type de signalement, par exemple, des parents agressaient physiquement leurs enfants sans leur imposer d'autres types de sévices.

Objectif

Soucieuse de fournir une intervention optimale à cette clientèle, l'Unité stratégique de planification de l'intervention, de la recherche et de l'innovation (USPIRI) du Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire (CJQ-IU) avait formulé une demande d'ETMI en 2014 afin de déterminer *Quelles sont les meilleures pratiques d'intervention mises en place auprès des enfants âgés entre 0 et 17 ans victimes d'abus physique, sans la présence d'autres formes de mauvais traitements, et leur famille, suivis en protection de la jeunesse.* À la suite de l'intégration du CJQ-IU au sein du CIUSSS de la Capitale-Nationale, cette demande d'ETMI a été reconduite par les directions du programme jeunesse (DJ) et de la protection de la jeunesse (DPJ).

Méthodologie

Une revue systématique de la littérature ainsi qu'une collecte de données auprès d'une experte dans le domaine et des groupes de discussion constitués de parties prenantes ont été réalisées. Six dimensions ont été évaluées, soit l'efficacité, l'innocuité, l'éthique de même que les aspects légaux, ethnoculturels et de la santé. Aussi, quatre groupes de discussion ont été menés avec 21 participants et, finalement, une entrevue dirigée a été réalisée avec une experte québécoise du domaine de l'abus physique.

Résultats

La revue systématique de la littérature a permis d'identifier 4 736 documents potentiellement pertinents desquels 555 ont été sélectionnés pour une lecture approfondie. De ce nombre, 11 ont été retenus et intégrés à la présente ETMI. Des neuf études primaires répertoriées, sept ont été réalisées dans des situations d'abus physiques sans cooccurrence. La majorité des interventions sont basées sur une approche de type cognitivo-comportemental mises en place auprès des dyades parent-enfant, des parents abuseurs ou des familles. Des améliorations significatives en faveur des groupes expérimentaux ont été rapportées pour plusieurs des variables mesurées. Ces études comportent cependant certaines lacunes méthodologiques, limitant la portée des résultats.

La consultation des parties prenantes a démontré que l'abus physique est une réalité complexe qui se présente souvent en cooccurrence avec d'autres problématiques, ce qui a une influence sur les objectifs d'intervention à privilégier. Par contre, la situation est différente lorsque des abus physiques surviennent de façon isolée. Les intervenants ont exprimé le besoin de parfaire leur connaissance sur

les abus physiques vécus sans cooccurrence de même que sur les interventions à privilégier pour faire face à ces cas particuliers. Pour sa part, l'experte interrogée privilégie la mise en place d'une approche de services intégrés pour intervenir auprès des enfants victimes d'AP et leurs parents.

Conclusion

Les résultats démontrent la rareté de la littérature concernant les cas « purs » d'abus physiques. Considérant le nombre limité d'études réalisées dans le cas d'abus physiques sans cooccurrence, leur qualité méthodologique et la variabilité des mesures, il est difficile d'émettre des recommandations basées sur les résultats de cette ETMI, mais certains constats peuvent toutefois être établis :

Constats

Les résultats de cette ETMI permettent d'établir les constats suivants :

- 1) Il y a peu de données probantes concernant des interventions visant spécifiquement les abus physiques sans autres formes de maltraitance.
- 2) Les données probantes indiquent que les interventions de type cognitivo-comportemental entraînent des changements positifs et significatifs, notamment auprès des parents impliqués dans les abus physiques. Cependant, davantage d'études mesurant l'impact d'autres approches sont nécessaires. À ce jour, il subsiste un manque de preuves pour conclure en la supériorité d'une approche en particulier.
- 3) La poursuite d'études sur le sujet, auprès de populations plus grandes et mieux définies, impliquant des interventions de différents types, des méthodes de mesures standardisées et des périodes de suivi suffisamment longues pour évaluer l'impact des interventions sur la récurrence d'abus physiques, est indispensable.
- 4) Il importe de considérer les particularités liées à l'intervention des populations immigrantes qui commettent des gestes d'AP et d'adapter les interventions existantes, tout en assurant des partenariats avec des organismes dédiés aux communautés culturelles.
- 5) Sur le plan légal, bien que l'Entente multisectorielle soit pertinente pour l'intervention en abus physique, elle comporte des difficultés d'application, notamment auprès des minorités culturelles.
- 6) Peu des interventions réalisées au Québec sont formalisées et documentées pour les cas d'abus physiques sans cooccurrence. Il est essentiel de répertorier et d'évaluer les initiatives et pratiques innovantes développées par certaines équipes afin de s'en inspirer.

Introduction

Au Québec, les abus physiques (AP) représentent le second motif pour lequel un signalement en protection de la jeunesse est retenu, après la négligence. En effet, environ 30 % des signalements retenus par les directions de la protection de la jeunesse (DPJ) concernent les AP et les risques sérieux d'AP. De tous les cas qui sont évalués par la DPJ pour lesquels la sécurité et le développement de l'enfant sont compromis, 17 % sont liés à l'AP ou aux risques sérieux d'AP (3^e rang). Au final, ces mêmes cas comptent pour environ 12 % des situations prises en charge par la DPJ (4^e rang), tel que présenté dans le Tableau 1, réalisé à partir des données issues des bilans des DPJ (Association des centres jeunesse du Québec, 2014; 2015; Gouvernement du Québec, 2016).

Tableau 1 Données issues des bilans des directeurs de la protection de la jeunesse/Directeurs provinciaux concernant la place de l'AP à différents stades de l'intervention PJ

		2013-2014	2014-2015	2015-2016
Signalements retenus (%)	AP	22,7	23,2	23,9
	Risque sérieux d'AP	6,9	7,0	6,4
Décisions après évaluation - sécurité ou développement compromis (%)	AP	12,8	12,7	13,0
	Risque sérieux d'AP	5,4	4,5	4,2
Prises en charge (%)	AP	9,4	9,7	9,6
	Risque sérieux d'AP	3,1	3,1	3,2

L'Étude d'incidence québécoise (ÉIQ) publiée en 2012 a montré que les abus physiques vécus sans cooccurrence représentaient respectivement 13% et 37% des incidents isolés en 1998 et en 2008. Au CJQ-IU, 185 enfants ont été suivis pour abus physique (cas confirmés) durant l'année 2013-2014. Parmi ces enfants, 38% ont comme seul alinéa l'abus physique alors qu'il y avait cooccurrence avec d'autres problématiques dans 62% des cas².

Plus récemment, des intervenants du CJQ-IU ont constaté cette hausse des signalements d'AP liés à des événements isolés, c'est-à-dire sans autres formes de mauvais traitements. Dans ces cas, les enfants sont agressés physiquement par leurs parents sans la présence d'autres types de sévices. Dans les services de protection de la jeunesse, il existe un protocole clair concernant la séquence d'intervention à suivre dès la réception d'un signalement (Gouvernement du Québec, 2010). Cependant, lorsqu'une intervention spécifique est requise pour un jeune et sa famille, le choix est parfois complexe. Les interventions propres à certaines formes de mauvais traitements comme la négligence, par exemple, sont bien définies et intégrées sur le terrain. Pour les enfants victimes d'AP uniquement, les pratiques sont moins bien établies et les intervenants sont souvent moins bien outillés.

C'est dans ce contexte que les membres de l'Unité stratégique de planification de l'intervention, de la recherche et de l'innovation (USPIRI) ont soumis la question suivante : **Quelles sont les meilleures pratiques d'intervention mises en place auprès des enfants âgés entre 0 et 17 ans victimes d'abus**

² Ces données sont extraites des données administratives du CJQ-IU, par Denis Lacerte, APPR consultant en statistique. Elles ont fait l'objet du Bilan des Directeurs de la protection de la jeunesse pour l'année 2013-2014.

physique, sans la présence d'autres formes de mauvais traitements, et leur famille, suivis en protection de la jeunesse? Afin de répondre à cette question, une revue systématique de la littérature a été réalisée, les propos des parties prenantes ont été recueillis lors de groupes de discussion et une chercheuse experte en AP a été consultée.

Les objectifs de ce rapport sont donc de recueillir et d'analyser les données concernant les interventions réalisées auprès des enfants âgés de 0 à 17 ans victimes d'abus physique, sans autres formes de mauvais traitements, et de leur famille afin d'en dégager les meilleures pratiques.

1. Question décisionnelle et questions d'évaluation

À la base de la démarche d'ETMISSS, une question décisionnelle a été formulée à partir de la demande initialement formulée par les demandeurs. Six questions d'évaluation ont été élaborées à la suite de précisions apportées par ces derniers.

Question décisionnelle

Quelles sont les meilleures pratiques d'intervention³ auprès des enfants âgés entre 0 et 17 ans victimes d'AP, sans la présence d'autres formes de mauvais traitements, et leur famille, suivis en protection de la jeunesse?

Le Tableau 2 présente les six questions d'évaluation découlant de la question décisionnelle et les dimensions qui leur sont associées.

Tableau 2 Questions d'évaluation et dimensions abordées

Questions d'évaluation	Dimensions
1. Quel est le niveau d'efficacité des interventions auprès des enfants âgés entre 0 et 17 ans victimes d'abus physique et leur famille, sans la présence d'autres formes de mauvais traitements, concernant leur bien-être et leur adaptation?	Efficacité
2. Quelle est l'innocuité des interventions auprès des enfants âgés entre 0 et 17 ans victimes d'abus physique et leur famille, sans la présence d'autres formes de mauvais traitements, concernant leur bien-être et leur adaptation?	Innocuité
3. Parmi les interventions ciblées, quels sont les aspects éthiques à considérer en lien avec l'intervention auprès des enfants victimes d'abus physique et leur famille?	Éthique
4. Quels sont les aspects légaux à considérer en lien avec la pratique en centre jeunesse concernant les enfants victimes d'abus physique et leur famille (trajectoire socio-judiciaire, contact avec le parent abuseur et le parent non abuseur, etc.)?	Légale
5. Parmi les interventions ciblées, quels sont les éléments qui traitent des enfants et des familles issus de communautés ethnoculturelles?	Ethnoculturelle
6. Parmi les interventions ciblées, quels sont les éléments qui tiennent compte de l'état de santé global des enfants victimes d'abus physique suivis en centre jeunesse?	Santé

³ Il est question d'interventions de nature sociale, qui s'adressent aux enfants et leur famille suivis en protection de la jeunesse.

2. Problématique

Cette section présente un survol des connaissances sur l'abus physique (AP). Elle offre une définition de la problématique.

2.1 Définitions de l'abus physique : de quoi parle-t-on exactement?

Dans la littérature scientifique, plusieurs termes sont utilisés en référence à la maltraitance physique envers les enfants (violence familiale, violence physique, maltraitance physique, mauvais traitement physique ou AP) et aucune définition ne fait consensus (Feerick, Knutson, Trickett et Flanzer, 2006, Gershoff, 2002 cités par Clément, 2011). De façon générale, l'AP s'inscrit sous le libellé générique « mauvais traitements » ou « maltraitance », termes incluant différents comportements abusifs ou négligents commis par des adultes envers des mineurs (Edleson, 1999 cité par Larrivée, 2005; MacMillan, 2012. Pour MacMillan (2012), l'AP renvoie à « toute utilisation délibérée de force physique contre un enfant qui constitue une menace à la santé, au développement et/ou au respect de soi de ce dernier » (p. i). Pour sa part, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) le définit comme étant « l'usage intentionnel de la force physique qui entraîne ou risque fortement d'entraîner un préjudice pour la santé de l'enfant, sa survie, son développement ou sa dignité » (Christian, 2012 : 1). À partir des travaux d'autres chercheurs, Clément (2009) retient la définition suivante :

« De manière générale, la violence physique envers les enfants se définit comme toute action de nature physique émise par un parent ou un tuteur qui, dans une situation de conflit avec l'enfant, risque, peu importe l'intention, de compromettre l'intégrité ou le bien-être psychologique ou physique de ce dernier (Bouchard et Tessier, 1996, Clément, Chamberland, Aubin, et Dubeau, 2005, Krug, Dahlberg, Mercy et Loziano-Ascencio, 2002 cités par Clément, 2009, p. 16) ».

Au Québec, l'adoption de la Loi sur la protection de la jeunesse (LPJ) en 1977 a permis de circonscrire légalement l'AP (Gouvernement du Québec, 2016). Cette loi définit l'AP à l'article 38 e) et va comme suit :

e) abus physiques :

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.

Cette définition permet de distinguer deux grandes catégories selon le contexte dans lequel l'enfant est victime d'AP : soit la brutalité impulsive (secouer un enfant de moins de deux ans, le frapper avec un objet ou lui lancer) et le recours à des méthodes disciplinaires excessives (la punition corporelle ou la fessée) (Larrivée, 2005; Tourigny *et al.*, 2002). Dans le premier cas, l'AP renvoie à l'incapacité du parent à contrôler sa colère et son agressivité alors que dans le cas de la punition corporelle, l'abus survient plutôt lorsque le parent tente de discipliner son enfant (Chamberland, 2003). Or, la frontière entre la punition corporelle et l'abus est mince et les risques d'escalade sont élevés (Clément, 2011).

2.2 Définition de la punition corporelle

« La punition corporelle est généralement définie comme un acte physique qui est socialement et légalement accepté et commis par un adulte en situation de pouvoir, peu importe son intention, dans le but d'entraîner une douleur ou un malaise physique chez un enfant, et ce, afin de corriger ou de contrôler un comportement jugé indésirable » (Clément, Bouchard, Jetté et Laferrière, 2000, Durrant et Ensom, 2004, Gershoff, 2002, Straus, 2001, 2008 cités par Clément, 2011). Bien qu'elle soit qualifiée de « mineure » sur la base de sa légitimité actuelle au Québec et au Canada, cette définition correspond à celle de l'AP. De plus, la punition corporelle répond à la définition légale de « voie de fait », telle que définit à l'article 265 du Code criminel canadien, consistant à « l'emploi de la force d'une manière intentionnelle, directement ou indirectement, contre une autre personne sans son consentement » (Clément, 2011).

2.3 Continuum de gravité

Certains chercheurs situent l'AP dans un continuum de gravité d'actes de violence physique (Chamberland, Laporte et Lavergne, 2003; Clément, 2011; Dufour 2009; MacMillan, 2012). À l'une des extrémités de ce continuum, se retrouvent les gestes relativement bénins tels que taper, pousser ou bousculer l'enfant. Ces comportements parentaux assez courants sont difficiles à qualifier de violents étant donné qu'ils sont jugés « acceptables », « légitimes » ou « normaux », même s'ils demeurent peu souhaitables (Dufour, 2009). À l'autre extrémité se situent les abus sévères (ex. secouer un bébé, étrangler, frapper et blesser un enfant) qui menacent la sécurité et le développement d'un enfant et qui sont encadrés par la LPJ au Québec.

Mais à partir de quel moment les gestes dits bénins ou la punition corporelle deviennent-ils dommageables pour l'enfant? Pour statuer sur la gravité d'un geste d'AP, différents indicateurs sont à considérer : la fréquence, la stabilité, la chronicité ou la durée et la sévérité des actes commis, la présence simultanée d'autres formes d'agressions, la vulnérabilité de l'enfant, la prévisibilité ou les conséquences des gestes posés (Chamberland *et al.*, 2003; Miller-Perrin et Perrin, 2007). Bien qu'éclairant, ce continuum de gravité complexifie l'identification d'un geste abusif, car « une mesure disciplinaire excessive peut être jugée violente, même abusive, mais tout geste abusif ou violent ne constitue pas nécessairement de la maltraitance » (Dufour, 2009, p. 6).

2.4 Distinction entre la prévention et l'intervention

Les actions mises en place en amont du problème d'AP réfèrent à la prévention. Celles-ci sont dites « préventives universelles » si elles sont destinées à l'ensemble des familles ou « préventives ciblées » ou « sélectives » si elles visent des familles à risque d'AP. En aval, les interventions réactives, aussi appelées « traitement », « interventions thérapeutiques », « curatives » ou « indiquées », ciblent les familles requérant des services de protection afin d'éviter la récurrence ou la détérioration de l'AP (Prilleltensky, Nelson et Peirson, 2001 cités par Clément et Dufour, 2009). Dans le cadre de la présente ETMI, seules les interventions réactives utilisées après qu'un geste d'AP ait été commis ont été recherchées de sorte à identifier les meilleures pratiques à mettre en place lors de la survenue d'AP.

3. Méthodologie

Pour répondre aux questions d'évaluation et documenter les six dimensions retenues, une revue systématique de la littérature et une consultation des parties prenantes ont été réalisées.

3.1 Revue systématique de la littérature

Une recension des publications scientifiques a été effectuée à partir de bases de données bibliographiques indexées et de la littérature grise. La typologie PICOTS (Roy, 2012) a été utilisée pour définir la stratégie de recherche documentaire (Tableau 2) et préciser les critères de sélection des études (Tableau 3).

Tableau 3 Définition des critères PICOTS liés à la question décisionnelle et aux questions d'évaluation

Population	Enfants âgés entre 0 et 17 ans tout genre et ethnicité confondus et leur famille, ayant reçu ou recevant des services en protection de la jeunesse pour AP sans autres formes de mauvais traitements.
Intervention	Toutes interventions ou programmes d'intervention visant les enfants victimes d'AP ou leur famille.
Comparateur	Variable selon les études (ex. aucun groupe de comparaison, intervention usuelle, intervention alternative, liste d'attente).
Outcomes (résultats d'intérêt)	Variable selon les études (ex. développement socio-émotionnel, sécurité et comportements des enfants, habiletés parentales).
Temporalité	À la suite de la mise en place d'une intervention des services de protection de l'enfance ou de la jeunesse (faits fondés, signalement retenu).
Setting (types d'études et contexte des interventions ciblées)	Interventions réalisées dans les services de protection de l'enfance et de la jeunesse ainsi que dans les organismes spécialisés pour les AP (communautaires, écoles spécialisées, etc.).

3.1.1 Stratégie de recherche documentaire

Recherche dans les bases de données bibliographiques indexées

Une stratégie de recherche documentaire a été développée en collaboration avec une bibliothécaire à partir de plusieurs mots-clés sélectionnés à partir du PICOTS et regroupés selon huit catégories: 1) maltraitance / abus / abus physique / punition corporelle; 2) intervention / programme; 3) efficacité / implantation; 4) éthique et légal; 5) sécurité / protection; 6) meilleures pratiques; 7) ethnoculturelle; 8) santé (Annexe A). Neuf bases de données bibliographiques ont été interrogées : ERIC, FRANCIS, PsycInfo, PubMed, Embase, Social Work Abstracts (SWAB), Repère, Érudit et Cairn. Les études primaires, les revues systématiques et les méta-analyses ont été recherchées. Aucun type de devis n'a été exclu. Seules les études publiées de 1990 à juin 2014 ont été recherchées.

Compte tenu des délais pour la réalisation de la présente ETMI, une mise à jour des études publiées de juin 2014 à avril 2016 a été réalisée, selon les mêmes critères de recherche documentaire, mais en utilisant cinq bases de données : ERIC, FRANCIS, PsycInfo, Embase et SWAB.

Recherche dans la littérature grise

La recherche dans la littérature grise a été effectuée à partir des mêmes mots-clés et selon les mêmes critères de sélection que ceux utilisés pour la recherche dans les bases indexées. Les documents ciblés étaient des rapports de recherche ou d'évaluation, des guides de pratique, des études qui n'auraient pas fait l'objet d'une publication scientifique avec un comité de pairs ainsi que des mémoires et des thèses. Au total, 120 sites Web provinciaux, fédéraux et internationaux susceptibles d'héberger de la littérature grise pertinente ont été visités, à partir du moteur de recherche « Google ». La liste complète des sites visités demeure disponible sur demande.

Afin d'assurer une recherche exhaustive, les listes de références des publications incluses dans la revue systématique ont été fouillées afin de repérer des références pertinentes qui n'auraient pas été identifiées par la stratégie de recherche.

3.1.2 Sélection des études, évaluation de la qualité méthodologique et extraction des données

La sélection, l'évaluation de la qualité méthodologique des études primaires (risque de biais) et de la crédibilité des documents issus de la littérature grise et l'extraction des données ont été réalisées indépendamment par deux membres de l'équipe de travail (P.B. et C.P.).

Sélection des études

La sélection des études a été réalisée à partir des critères d'inclusion et d'exclusion présentés au Tableau 4. Une première sélection a été effectuée sur la base du titre ou du résumé, puis une deuxième à la lecture approfondie des études retenues.

Tableau 4 Critères de sélection des études

Critères PICOTS	Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
Population	Enfants âgés entre 0 et 17 ans victimes d'AP, sans autres formes de mauvais traitements tout genre et ethnicité confondus et leur famille, ayant reçu ou recevant des services en protection de la jeunesse	Autres problématiques que l'AP (article 38 e) de la LPJ (cooccurrences)
Intervention	Toutes interventions ou programmes d'intervention en lien avec les AP et s'adressant à l'enfant, au parent, à la dyade enfant-parent ou à la famille	Programmes de prévention de l'AP Programmes de prévention et de traitement de l'abus de substances ou de problèmes de santé mentale
Comparateur	Variable selon les études (ex. avant intervention, intervention usuelle, intervention alternative, participants sur la liste d'attente)	NA
Outcomes (résultats d'intérêt)	Variable selon les études (ex. développement socio-émotionnel, sécurité et comportements des enfants, amélioration des habiletés parentales)	NA
Temporalité	À la suite de la mise en place d'une intervention des services de protection de l'enfance ou de la jeunesse (faits fondés, signalement retenu)	NA
Setting (contextes d'intervention)	Interventions réalisées dans les services de protection de l'enfance et de la jeunesse ainsi que dans les organismes spécialisés pour les AP (communautaires, écoles spécialisées, etc.)	Interventions réalisées au sein de services de garde, d'institutions scolaires, d'urgences de centres hospitaliers ainsi que de commissariats de police
Autres critères		
Langue	Rédigé en français ou en anglais.	
Pays	Pays d'Amérique du Nord et de l'Europe de l'Ouest, pays scandinaves, Australie et Nouvelle-Zélande.	
Types d'études	Études contrôlées randomisées, études quasi-expérimentales, études descriptives (cohorte ou transversale) Revue systématique avec ou sans méta-analyses	Éditoriaux Revue de la littérature n'utilisant pas une approche systématique Étude de cas

Bien que la question décisionnelle vise des cas d'AP sans autres types de mauvais traitements, la population à qui s'adresse l'intervention a été élargie, avec l'accord des demandeurs, puisque l'AP se présente souvent en cooccurrence. Ainsi, toutes les études comportant des échantillons composés d'une majorité (plus de 50 %) d'enfants ayant subi de l'AP, sans cooccurrence d'une autre forme de mauvais traitements, ont été incluses. De plus, lorsque les échantillons d'études comportaient plus d'un type de mauvais traitement, celles-ci étaient conservées uniquement si les résultats concernant l'AP étaient présentés séparément des autres types d'abus. Ces choix ont été faits dans le but de pouvoir associer les effets des interventions à l'AP spécifiquement.

Évaluation de la qualité méthodologique

Dans le but de procéder à l'évaluation critique de la qualité méthodologique des études primaires, les biais qui peuvent survenir en cours de réalisation ont été recherchés. Cette évaluation a été effectuée à l'aide de la grille développée par la Collaboration Cochrane (Higgins et Green, 2011). L'appréciation générale a été évaluée en fonction de l'importance du risque de biais. La fiabilité des informations repérées dans les sites web a été déterminée au moyen d'un outil visant à évaluer la crédibilité des documents en ligne (Couture et Francis, 2015).

Extraction des données

Enfin, les données pertinentes rapportées dans les études et documents retenus ont été extraites de façon systématique en utilisant une grille d'extraction standardisée (Annexe B). Les éléments consignés sont le premier auteur, l'année de publication, le pays dans lequel l'étude a été menée, le type de devis, les caractéristiques des participants et de l'intervention, la méthode et les outils de collecte de données utilisés ainsi que les résultats d'intérêts obtenus (en lien avec le projet d'ETMISSS).

3.2 Consultation des parties prenantes

3.2.1 Groupes de discussion

Dans le but d'obtenir des informations sur les interventions en AP réalisées au Québec et de contextualiser les résultats issus de la littérature, des groupes de discussion dirigée ont été organisés avec des acteurs du CJQ-IU possédant une expertise dans le domaine des interventions visant l'AP chez les enfants. Ces échanges visaient à obtenir leurs points de vue sur les interventions mises en place auprès des enfants et des parents dans les situations d'AP, sur les difficultés rencontrées lors de ces interventions, leurs besoins ainsi que sur la trajectoire sociojudiciaire enclenchée lors des situations d'AP. Les participants ont été sélectionnés sur la base de leurs travaux, leurs connaissances, leurs fonctions et leurs expériences professionnelles en lien les interventions réalisées auprès des jeunes de 0 à 17 ans victimes d'AP et leur famille. Quatre groupes de discussion dirigée impliquant 1) des gestionnaires, 2) des intervenants et psychologues, 3) des membres de l'équipe de soins infirmiers et 4) l'équipe d'un projet pilote⁴ sur l'intervention en AP ont été organisés. Toutes ces personnes ont été contactées directement afin de leur présenter le projet d'ETMISSS et solliciter leur participation à l'un des groupes de discussion. Le Tableau 5 décrit la composition des groupes de discussion.

⁴ Le projet pilote concerne une intervention de courte durée mise en place auprès des parents référés à la DPJ pour des motifs d'AP liés à des méthodes éducatives déraisonnables. Ce projet a été expérimenté préalablement à son implantation officielle afin d'évaluer son utilité et sa faisabilité.

Tableau 5 Description des participants aux groupes de discussion

Groupes de discussion	Participants	
	Nombre	Fonctions
1. Gestionnaires	5	5 Chefs d'équipe
2. Intervenants	7	2 Psychologues 3 Intervenants psychosociaux 2 Éducateurs
3. Équipe de soins infirmiers	6	1 Assistant infirmier chef 5 Infirmiers
4. Équipe du projet pilote	3	1 Gestionnaire 2 Intervenants psychosociaux

Les groupes de discussion ont été animés par une agente de planification, de programmation et de recherche (P.B.) et une auxiliaire de recherche (C.P.). Les guides de discussion utilisés auprès de chacun des groupes sont présentés en annexes (Annexes C, D et E). Les discussions ont été enregistrées à l'aide d'un magnétophone numérique et retranscrites sous la forme de verbatim. Une analyse de contenu a été effectuée au regard des questions d'évaluation et selon une méthode d'analyse horizontale (Huberman et Miles, 1991; 1994; Miles et Huberman, 2003). Les éléments permettant d'éclairer l'une ou l'autre des six dimensions sont présentés dans les sections respectives qu'elles permettent de documenter.

3.2.2 Consultation d'experts

Au début de la démarche, le profil (curriculum vitae) de plusieurs chercheurs et professeurs du Québec travaillant sur la maltraitance des enfants a été scruté afin d'identifier des experts du domaine de l'AP. Plusieurs ont été sollicités mais un seul entretien téléphonique a pu être organisé avec une chercheuse québécoise ayant une expertise dans le domaine. Le guide d'entretien utilisé est disponible à l'Annexe F. La conversation a été enregistrée et retranscrite sous forme de verbatim pour ensuite être validée par la personne interrogée.

3.3 Analyse des résultats

Les résultats ont été analysés par triangulation des données issues de la revue de la littérature et des consultations des parties prenantes, incluant l'opinion d'un expert. Cette stratégie permet, en combinant des données de sources différentes pour un même sujet, d'enrichir et de valider l'interprétation, d'objectiver les pistes d'interprétation, de vérifier et de corroborer les observations (Miles et Huberman, 2003; Turcotte, 2009).

3.4 Considérations éthiques

Dans le cadre de ce mandat, toutes les démarches ont été réalisées dans le respect des règles éthiques. Premièrement, ce mandat a été autorisé par la directrice des services professionnels et des affaires universitaires du CJC-IU, Madame Isabelle Simard⁵. Les membres de l'équipe de travail, du comité de suivi et du conseil de validation scientifique ont été tenus aux règles de respect de la confidentialité. Afin d'assurer l'anonymat des répondants aux entretiens individuels et de groupe, seuls les membres de l'équipe de travail, tenus à la confidentialité, ont eu accès aux noms et aux propos de l'ensemble des participants.

4. Résultats

4.1 Revue systématique de la littérature

4.1.1 Sélection des publications

La recherche documentaire dans les bases de données bibliographiques, dans la littérature grise et dans la bibliographie des publications retenues a mené à l'identification de 4736 publications différentes, parmi lesquelles 555 ont été retenues sur la base du titre ou du résumé. De ces 555 études, 544 ont été exclues à la suite d'une lecture plus approfondie. Essentiellement, les motifs d'exclusion concernent le non-respect des critères PICOTS (n = 203), le type de produit (études de cas et publications théoriques, n = 262) ou la non-disponibilité de l'ouvrage (n = 79) (Annexe G). Les motifs d'exclusion pour chacune des publications sont disponibles sur demande.

Lors de la mise à jour de la recherche documentaire pour la période allant de juin 2014 à avril 2016, 198 études différentes ont été repérées. De ce nombre, 16 ont été retenues sur la base du titre et du résumé pour une lecture approfondie, mais ont été rejetées parce qu'elles ne répondaient pas à l'ensemble des critères PICOTS. Parmi ces études, une méta-analyse sur le *Parent-Child Interaction Therapy* (PCIT) a été identifiée (Kennedy, Kim, Tripodi, Brown et Gowdy, 2016). Cependant, celle-ci n'a pas été retenue compte tenu 1) de la cooccurrence importante dans trois des six études considérées, 2) du fait que les trois autres études sont déjà incluses dans l'ETMISSS et 3) que les effets ne sont pas présentés pour chaque étude, en fonction du type d'abus.

Au final, neuf études primaires répondant aux critères de sélection ont été incluses. Celles-ci portent sur l'efficacité d'interventions mises en place auprès des jeunes victimes d'AP sans autres formes de mauvais traitements et leurs familles. Les autres documents ayant été retenus sont un rapport d'étape du groupe de développement « Programme clientèle en abus physique » (Iasenza et Lavergne, 2007) et une entente multisectorielle tripartite élaborée par le Gouvernement du Québec en 2001.

⁵ Madame Simard est l'actuelle directrice des services multidisciplinaires au sein du CIUSSS de la Capitale-Nationale.

4.1.2 Description des publications retenues⁶

Études primaires

La majorité des études primaires retenues a été réalisée aux États-Unis (n = 6), deux l'ont été au Canada et une en Australie. À l'exception de deux études (Acton, 1992 et Clément, 2004), toutes sont des essais contrôlés randomisés (ECR) (Chaffin, 2004; Jouriles, 2010; Kolko, 1996b; Runyon, 2010; Swenson, 2010; Terao, 1999; Thomas, 2012). Parmi celles-ci, une seule porte sur un programme spécifiquement développé pour intervenir dans les cas d'AP auprès de familles provenant d'une minorité culturelle (Clément, 2004). Les autres traitent de programmes, bien qu'adaptés et utilisés dans les situations d'AP, qui visaient initialement à agir sur les problèmes de comportement de l'enfant (Chaffin, 2004; Jouriles, 2010; Kolko, 1996b; Swenson, 2010; Terao, 1999; Thomas, 2012), ou l'agressivité des parents (Acton, 1992) ou encore l'abus sexuel (Runyon, 2010). Parmi les participants à ces études, la proportion d'enfants victimes d'AP sans autres types de maltraitance était de 100 % (Acton, 1992; Clément, 2004; Runyon, 2010; Swenson, 2010; Terao, 1999; Thomas, 2012), 85 % (Kolko, 1996b), 75 % (Chaffin, 2004) et 63 % (Jouriles, 2010). La majorité des interventions (n = 8) sont basées sur une approche de type cognitivo-comportemental⁷ et visent l'amélioration des interactions entre le parent et son enfant par l'enseignement d'habiletés spécifiques chez l'une ou l'autre des deux parties, selon une modalité individuelle (Jouriles, 2010; Kolko, 1996b) ou de groupe (Acton, 1992; Chaffin, 2004; Clément, 2004; Runyon, 2010; Terao, 1999; Thomas, 2012). Deux études rapportent les résultats d'une intervention familiale (Kolko, 1996b; Swenson, 2010). Les personnes ciblées par les interventions varient également selon les études. Six présentent des interventions dyadiques, soit auprès du parent abuseur et de l'enfant victime d'abus (Chaffin, 2004; Clément, 2004; Kolko, 1996b; Runyon, 2010; Terao, 1999; Thomas, 2012), deux s'adressent au parent abuseur (Acton, 1992; Jouriles, 2010) et la dernière cible la famille (Swenson, 2010). La description détaillée des programmes est disponible à l'Annexe H.

Autres publications

Deux documents québécois sont issus de la littérature grise. Le premier est un rapport d'étape réalisé par le groupe de développement du « Programme clientèle en abus physique » au CJM-IU faisant état des résultats issus d'une recension des écrits et de groupes de discussion menés avec des intervenants sur l'AP et les interventions en place. Le second est une entente multisectorielle mise en place par cinq ministères dans le but d'intervenir sur trois problématiques liées aux mauvais traitements envers les enfants qui sont rapportées à la DPJ, dont les AP.

4.1.3 Évaluation du risque de biais des études primaires

L'évaluation du risque de biais (Tableau 6) a été réalisée à partir des critères Cochrane (Higgins et Green, 2011) pour les huit études primaires retenues ainsi que pour la thèse doctorale identifiée dans la littérature grise. Compte tenu du petit nombre d'études répondant aux critères de sélection, aucune n'a été rejetée sur la base de la qualité méthodologique.

⁶ Afin d'alléger le texte, seuls les noms des premiers auteurs sont cités.

⁷ Même si l'étude de Swenson (2010) est basée sur une approche familiale, des techniques propres aux approches de type cognitivo-comportemental sont également utilisées.

Tableau 6 Évaluation du risque de biais des études primaires

Nom du 1 ^{er} auteur	Type de devis	Biais de sélection	Biais de performance	Biais lié à l'attrition	Biais de détection	Biais de déclaration	Conflit d'intérêt	Appréciation générale de la qualité
Acton (1992)	Étude non randomisée (avant-après)			Pas clair	Faible risque	Faible risque	Pas clair	Moyenne
Chaffin (2004)	ECR	Faible risque	Faible risque	Faible risque	Faible risque	Faible risque	Pas clair	Bonne
Clément (2004)	Étude non randomisée (avant-après)			Faible risque	Haut risque	Faible risque	Faible risque	Moyenne
Jouriles (2010)	ECR	Faible risque	Haut risque	Faible risque	Faible risque	Faible risque	Haut risque	Faible
Kolko (1996b)	ECR	Faible risque	Faible risque	Faible risque	Faible risque	Haut risque	Pas clair	Moyenne
Runyon (2010)	ECR	Faible risque	Faible risque	Pas clair	Faible risque	Faible risque	Haut risque	Moyenne
Swenson (2010)	ECR	Faible risque	Haut risque	Faible risque	Faible risque	Faible risque	Haut risque	Faible
Terao (1999) ¹	ECR	Faible risque	Faible risque	Faible risque	Faible risque	Faible risque	Pas clair	Bonne
Thomas (2012)	ECR	Faible risque	Faible risque	Faible risque	Faible risque	Faible risque	Faible risque	Bonne

Légende : Pas clair = manque de d'information, impossible de porter un jugement.

¹Thèse doctorale

4.1.4 Crédibilité des documents de littérature grise

Outre la thèse doctorale dont la qualité méthodologique a été évaluée parmi les études primaires, les documents issus de littérature grise ont obtenu un score de crédibilité élevé. Les résultats de cette évaluation sont disponibles sur demande.

4.1.5 Synthèse narrative des publications retenues

4.1.5.1 Études primaires

Cette section présente la synthèse narrative des neuf études primaires retenues et de leurs principaux résultats. Puisque toutes les études rapportent des résultats concernant l'efficacité des interventions, elles sont regroupées en fonction de la cible, soit : A) la dyade : parent abuseur et enfant victime, B) le parent abuseur et C) la famille. Les grilles d'extraction regroupant les données probantes et principales caractéristiques des interventions et des participants sont présentées à l'Annexe I.

A) Interventions dyadiques auprès du parent abuseur et de l'enfant victime d'AP

Quatre programmes adressés aux dyades parents-enfants ont été évalués dans six études différentes, soit le *Parent-Child Interaction Therapy* (PCIT) (Chaffin, 2004; Terao, 1999; Thomas, 2012), le *Individual Child and Parent Cognitive-Behavioral Treatment* (CBT) (Kolko, 1996b), le *Combined Parent-Child Cognitive Behavioral Therapy* (CPC-CBT) (Runyon, 2010) et le programme *Éduquons nos enfants sans corrections physiques* (Clément, 2004).

Évaluation du PCIT (*Parent-Child Interaction Therapy*)

Le PCIT est une intervention de groupe, basée sur une approche de type cognitivo-comportemental, qui a pour objectifs d'améliorer les relations entre le parent et son enfant, de diminuer les troubles de comportements chez ce dernier tout en augmentant ses comportements prosociaux, d'améliorer les habiletés parentales et de diminuer le stress vécu par le parent. La première partie de l'intervention comprend six séances d'orientation dont le but est d'augmenter la motivation des parents et favoriser leur participation active. La deuxième partie comprend entre six et sept séances où les parents apprennent à suivre l'initiative de leur enfant lors de séances de jeu (CDI : *Child-Directed Intervention*). La troisième partie de l'intervention est aussi constituée de six à sept séances où les parents apprennent à donner des directives directes, spécifiques et positives à leur enfant (PDI : *Parent-Directed Interaction*). De façon générale, les intervenants enseignent aux parents de quelle manière ils peuvent accroître les interactions positives avec leur enfant en les amenant à développer diverses habiletés sociales. Une fois l'intervention complétée, les parents et les enfants prennent part à un suivi de quatre séances moins structurées où les parents peuvent mettre l'emphase sur des habiletés jugées plus difficiles pour eux ou sur tout autre problème rencontré. Quant aux enfants, ces séances sont destinées à l'apprentissage d'habiletés sociales.

Le PCIT a été évalué dans trois ECR dont un réalisé dans le cadre d'une thèse de doctorat (Chaffin, 2004; Terao, 1999; Thomas, 2012). Concernant l'application du programme PCIT, il importe de mentionner des variantes selon les études, notamment en ce qui a trait à la durée des interventions. L'âge des participants et les instruments de mesure utilisés diffèrent aussi d'une étude à l'autre. Deux études incluent des observateurs externes parmi les répondants (Chaffin, 2004; Thomas, 2012) alors que l'autre présente des mesures autorapportées par les parents seulement (Terao, 1999).

Étude de Chaffin, 2004

Cet ECR avait pour objectif d'évaluer l'efficacité de l'intervention PCIT pour prévenir la récurrence de l'AP chez les parents abusifs. Les auteurs ont comparé les résultats de deux versions du PCIT (originale et enrichie) aux services réguliers offerts au sein de la communauté (groupe contrôle). Le PCIT enrichi (EPCIT) incluait, en plus du PCIT, des services ciblant des problèmes individuels tels que la dépression, la violence conjugale ou l'usage d'alcool ou de drogue. Toutes les interventions, d'une durée de 6 mois, étaient structurées. Le principal résultat d'intérêt était la récurrence d'AP. Des mesures prétest et post-test ont aussi été réalisées à l'aide de différents outils d'évaluation remplis par le parent et par un informateur externe pour évaluer le comportement de l'enfant et du parent.

Les 110 dyades parent-enfant étaient recrutées à la suite d'un nouveau rapport confirmé d'AP aux services de protection de l'enfance. Les enfants abusés étaient âgés de quatre à douze ans. Cinquante-deux pourcent des participants étaient d'origine caucasienne et vingt-cinq pourcent des enfants étaient également victimes de négligence. Aucun rapport d'abus sexuel n'était identifié.

Lors d'un suivi d'un peu plus de deux ans, 19 % des participants dans le groupe PCIT, 36 % de ceux dans le groupe EPCIT et 49 % de ceux dans le groupe contrôle ont eu un rapport d'AP ($p = .02$). La survenue de récurrence d'AP dans le groupe PCIT s'est révélée significativement plus faible que dans le groupe contrôle ($p < .02$) et a montré une tendance à être plus faible que celle dans le groupe EPCIT ($p = .13$). Cette diminution serait médiée par une réduction des comportements négatifs du parent dans les interactions parent-enfant ($p < .01$). Toutes les mesures de changements dans les attitudes parentales et les comportements de l'enfant ont montré une amélioration dans les trois groupes, mais aucune n'était spécifique aux interventions reçues. Une réduction des comportements parentaux négatifs était associée au PCIT ($p < .01$) et au EPCIT ($p < .01$) comparativement à aucun effet significatif dans le groupe contrôle. Aucun effet significatif n'était associé à l'amélioration des comportements parentaux positifs. Ainsi, l'impact du PCIT pourrait être attribué à la réduction des comportements parentaux négatifs.

Étude de Terao, 1999

L'ECR de Terao a été réalisée dans le cadre d'une thèse doctorale. L'auteure a assigné aléatoirement 34 dyades parent-enfant prises en charge par le service de protection de l'enfance pour des motifs d'AP à deux traitements : le PCIT ($n = 17$) et le *Family Preservation Services* (groupe contrôle) ($n = 17$). Aucune cooccurrence d'autres mauvais traitements n'est mentionnée. Les participants ont participé aux 14 séances du PCIT sur 14 semaines. Sept séances ont été consacrées au CDI (*Child-Directed Intervention*) tandis que les sept dernières ont été destinées au PDI (*Parent-Directed Interaction*). Trois instruments de mesure évaluant le comportement de l'enfant, le potentiel d'abus et la santé mentale du parent ont été remplis par le parent.

Par rapport au groupe contrôle, les résultats montrent une diminution significative de l'intensité ($p < .05$) et des problèmes ($p < .001$) présentés par l'enfant dans le groupe PCIT. Une amélioration significative de l'utilisation de gestes de discipline abusifs par le parent a également été observée ($p < .001$). Enfin, les parents ayant reçu l'intervention PCIT ont rapporté vivre significativement moins de stress ($p < .01$).

Étude de Thomas, 2012

L'étude réalisée par Thomas (2012) évalue l'efficacité du PCIT standard (*Standard Parent-Child Interaction Therapy; S/PCIT*). Les participants, référés en raison de leur historique d'AP ou d'un haut risque de passage à l'acte, ont été répartis aléatoirement en deux groupes : un groupe S/PCIT ($n = 61$ dyades mère-enfant) et un groupe sur une liste d'attente ($n = 91$ dyades mère-enfant). Les enfants participant à l'étude étaient âgés de 2 à 7 ans et aucune cooccurrence d'autres mauvais traitements n'est mentionnée. Les parents et des observateurs externes ont évalué l'évolution du comportement de l'enfant, du potentiel d'AP et de la santé mentale du parent ainsi que des interactions mères-enfants.

Par rapport au groupe de participants placés sur une liste d'attente (groupe contrôle), des améliorations significatives ($p < .000$ à $p < .018$) de la verbalisation chez les parents du groupe PCIT ont été observées lors des interactions avec l'enfant. Ces améliorations concernent l'utilisation d'un langage positif ($p < .002$), l'augmentation des éloges faites à l'enfant ($p < .000$) ainsi que les façons de partager les réflexions ($p < .000$), de poser des questions et de donner des directives à l'enfant ($p < .018$). La sensibilité des parents s'est aussi améliorée significativement ($p < .002$). Par rapport au groupe contrôle, les comportements de l'enfant se sont significativement améliorés sur le plan de l'intériorisation ($p < .014$) et de l'extériorisation ($p < .000$) de même qu'au niveau de l'intensité ($p < .019$) et de l'importance des comportements de l'enfant identifiés comme étant problématiques par le parent ($p < .000$) dans le groupe PCIT. Enfin, les mères ont rapporté vivre significativement moins de stress causé par leurs enfants ($p < .041$).

Évaluation du CBT individuel (*Individual Child and Parent Cognitive-Behavioral Treatment*)

Le but du CBT individuel est d'outiller le parent et son enfant pour leur permettre d'acquérir diverses habiletés intrapersonnelles et interpersonnelles. Les deux parties sont rencontrées séparément, mais un protocole commun balise le traitement offert sur une période de seize semaines. Lors des séances destinées aux enfants, les intervenants abordent les facteurs de stress familiaux, la violence physique et psychologique, les habiletés d'adaptation, le contrôle de soi et l'acquisition d'habiletés interpersonnelles. Avec les parents, ils explorent les facteurs associés au stress vécu, la punition corporelle (les attentes qu'ils ont envers leur enfant), plusieurs techniques pouvant améliorer la maîtrise de soi et quelques principes comportementaux. Parmi les études retenues, un seul ECR documente les effets du CBT individuel (Kolko, 1996b).

Étude de Kolko, 1996b

L'auteur a réparti, de façon aléatoire, 47 dyades parent-enfant en trois groupes : 20 ont participé au CBT Individuel (*Individual CBT*), 17 autres ont eu accès à la *Family Therapy* (FT) tandis que les 10 autres ont eu accès aux services habituels offerts dans la communauté (RCS). Tous les enfants étaient victimes d'AP, parmi lesquels 15 % avaient déjà subi d'autres types d'abus. Près de la moitié des participants (47 %) étaient d'origine caucasienne. Plusieurs variables ont été évaluées par l'enfant et le parent, et par un observateur externe. La dyade parent-enfant a noté, séparément, le comportement du parent, la récurrence des AP et les problèmes familiaux.

Les comparaisons avant et après intervention chez les participants des groupes CBT Individuel et FT ont démontré des améliorations significatives concernant la discipline sévère et inconsistante ($p < .0001$), les symptômes dépressifs des parents ($p < .0001$) et les comportements intériorisés ($p < .0001$) et extériorisés ($p < .002$) des enfants. Les enfants ont rapporté une diminution significative ($p < .04$) de la violence parent-enfant. Des améliorations significatives ont également été observées à partir des mesures sur la discipline inefficace et la colère prises auprès des enfants ($p < .01$) et des parents ($p < .009$). Pour leur part, les thérapeutes ont observé une amélioration significative ($p < .0003$) du fonctionnement parental global dans le temps. Par contre, deux variables se sont détériorées significativement avec le temps, et ce, dans les trois groupes (CBT individuel, FT et RCS). Du côté de l'enfant, une détérioration significative ($p < .04$) des problèmes avec les ennemis dans le

voisinage a été observée. Chez les parents, le niveau de discipline s'est détérioré significativement ($p < .03$) entre les différents temps de mesure.

Les parents qui ont reçu les interventions CBT individuel et FT ont rapporté significativement moins de violence enfant-parent ($p < .03$) que ceux du groupe RCS (groupe contrôle). Le même changement a été rapporté par les observateurs, mais seulement pour le groupe FT ($p < .03$). Pour les parents des groupes CBT individuel et FT, des améliorations significatives ont été notées concernant les symptômes dépressifs ($p < .02$) et les cognitions liées au besoin de punition ($p < .0001$) par rapport au groupe contrôle. Enfin, des améliorations significatives ont été observées en faveur des groupes CBT individuel et FT concernant le potentiel d'abus ($p < .0009$).

Par rapport aux enfants du groupe contrôle, les enfants du groupe CBT individuel seulement ont rapporté une diminution significative des ennemis à l'école ($p < .04$) et des conflits ($p < .04$). En revanche, les problèmes de comportements extériorisés se sont améliorés significativement ($p < .03$) pour les enfants des groupes CBT individuel et FT. Chez les familles des groupes CBT individuel et FT, des améliorations significatives liées aux interactions parent-enfant positives (cohésion) ($p < .02$) et à la présence de conflits ($p < .04$) ont été notées par rapport aux familles du groupe contrôle. Par contre, des améliorations du fonctionnement familial général rapportées par les enfants ont été observées pour les groupes FT et RCS ($p < .0008$).

Évaluation du CPC-CBT (Combined Parent-Child Cognitive Behavioral Therapy)

Le CPC-CBT poursuit plusieurs objectifs dont la diminution des problèmes comportementaux chez l'enfant, l'augmentation des habiletés parentales et l'amélioration de la relation entre le parent et son enfant. L'intervention de groupe comprend seize séances de deux heures chacune s'échelonnant sur une période de seize à vingt semaines. Les parents et les enfants sont vus séparément dans la première partie de la séance, puis réunis à la fin de celle-ci. Au fil des semaines, le temps commun augmente afin de mettre en pratique les apprentissages. Brièvement, l'intervention comprend quatre composantes, soit l'engagement et la psychoéducation, le renforcement des capacités d'adaptation, la sécurité familiale ainsi que la clarification de l'abus. Parmi les études retenues, un seul ECR a évalué le CPC-CBT (Runyon 2010).

Étude de Runyon, 2010

Les auteurs ont procédé à une distribution aléatoire en deux groupes des 60 enfants âgés de 7 à 13 ans victimes d'AP, sans autres mauvais traitements, et de 44 parents. Le groupe expérimental (CPC-CBT) était constitué de 24 parents et 34 enfants et le groupe contrôle, où seuls les parents recevaient l'intervention (CBT), était constitué de 20 parents et de 26 enfants. La moitié des familles du groupe expérimental était d'origine caucasienne. Trois instruments de mesure ont été utilisés par l'enfant et son parent. Le parent a évalué l'évolution du comportement de l'enfant et la dyade s'est prononcée sur son état de stress posttraumatique. Pour les parents, la dyade a évalué, individuellement, le recours à la punition corporelle et le comportement du parent.

Entre le début et la fin des interventions, des améliorations significatives en lien avec les traumatismes chez l'enfant ($p < .001$) et les symptômes d'intériorisation ($p < .01$) ont été observées dans les deux groupes (CPC-CBT et CBT). Les difficultés d'extériorisation des enfants se sont améliorées seulement pour le groupe CBT ($p < .01$). Pour ce qui est des parents, les résultats indiquent une diminution significative de l'utilisation de la punition corporelle, qu'elle soit évaluée par les parents (CBT : $p < .001$ et CPC-CBT : $p < .01$) ou les enfants (CBT : $p < .01$ et CPC-CBT : $p < .001$). Enfin, seulement les parents du groupe CPC-CBT ont rapporté une augmentation significative ($p < .05$) des habiletés parentales positives. Lorsque les groupes sont comparés, des améliorations significatives en faveur du groupe CPC-CBT sont rapportées concernant les habiletés parentales positives ($p < .05$), la punition corporelle ($p < .05$) et les symptômes posttraumatiques de l'enfant ($p < .05$).

Évaluation du programme EESCP (*Éduquons nos enfants sans corrections physiques*)

Le but du programme est de diminuer le recours à la punition physique et favoriser l'adoption de conduites disciplinaires non violentes chez des familles issues de la communauté haïtienne. L'intervention de groupe comprend quatre séances de trois heures offertes à raison d'une rencontre par semaine. Le programme comporte deux volets : un qui cible les parents et un qui s'adresse aux enfants. Seul le premier a fait l'objet d'évaluation. Essentiellement, l'intervention vise à sensibiliser les parents aux rôles et fonctions des institutions québécoises, à leur donner confiance en celles-ci et à réduire l'intervention institutionnelle de la DPJ. Elle favorise l'apprentissage d'autres méthodes disciplinaires à l'égard des enfants en remplacement des corrections physiques. Pour les enfants, l'intervention est optionnelle et permet d'aborder différents aspects de leur vie, dont les situations qui ont motivé leur présence au programme et la résolution de conflits entre pairs.

Étude de Clément, 2004

Afin de déterminer l'efficacité du programme EESCP, les auteures ont pris des mesures avant et après l'intervention auprès de 13 parents haïtiens qui ont utilisé la correction physique pour discipliner leurs enfants. Un questionnaire maison, élaboré spécifiquement pour cette étude et comportant des questions adaptées de deux outils standardisés, a permis de mesurer les attitudes parentales, la prévalence de la violence familiale et les connaissances des parents à l'égard de la DPJ et des écoles. La satisfaction générale des parents à l'égard du programme (forces et faiblesses) a aussi été recherchée.

Les résultats ont démontré que les parents étaient significativement ($p = .02$) moins en faveur de la punition corporelle à la fin de l'intervention. Par rapport au prétest, une diminution significative du recours à la punition corporelle a été mesurée lors du post-test ($p = .04$).

B) Interventions auprès du parent abuseur

Parmi les études retenues, deux ont évalué un programme d'interventions s'adressant uniquement aux parents abuseurs (Acton, 1992; Jouriles, 2010).

Évaluation de l'AMTAP (*Aggression Management Training for Aggressive Parents*)

L'AMTAP est une intervention de groupe de 13 semaines, basée sur une approche de type cognitivo-comportemental, offerte aux parents abuseurs afin de les amener à gérer leur agressivité. Elle favorise l'apprentissage d'habiletés liées à la gestion de la colère, la communication, la résolution de problèmes et l'empathie. Les rencontres, d'une durée de 90 minutes, permettent d'abord aux parents d'échanger sur les succès vécus durant la semaine, en lien avec les objectifs qu'ils devaient accomplir. Ensuite, une nouvelle habileté à acquérir est présentée et pratiquée. Enfin, une discussion de groupe permettant d'aborder la manière dont ils vont reproduire cette habileté à la maison clôt la rencontre.

Étude d'Acton, 1992

Les auteurs de cette étude ont évalué l'efficacité de l'AMTAP utilisé auprès de 29 parents qui ont commis des AP envers leurs enfants. Des mesures autorapportées par le parent sur son fonctionnement, celui de l'enfant et celui de la dyade ont été réalisées avant et après l'intervention.

Les résultats obtenus sur le fonctionnement parental ont permis de constater des améliorations significatives sur la colère et le stress du parent ($p < .001$) de même que sur le potentiel d'AP ($p < .001$). Concernant le fonctionnement de l'enfant, les parents ont rapporté une amélioration significative des comportements ($p < .005$). Enfin, sur le plan familial, les résultats indiquent une amélioration significative ($p < .001$) de la relation parent-enfant.

Évaluation du PS (*Project Support*)

Étude de Jouriles, 2010

Jouriles et son équipe ont évalué les retombées de l'intervention *Project Support* (PS) dont le but est de diminuer le recours à la punition corporelle et d'accroître les compétences parentales. Les parents qui prennent part à cette intervention sont rencontrés individuellement une fois par semaine, à leur domicile, jusqu'à concurrence de huit mois. Lors des séances, d'une durée de 60 à 90 minutes, les parents apprennent à gérer le comportement de l'enfant et reçoivent un support instrumental et émotionnel. Trente-cinq familles d'enfants âgés de 3 à 8 ans victimes d'AP, dont 63 % sans cooccurrence d'autres mauvais traitements, ont participé à l'étude. Trente-cinq mères, dont 23 % sont d'origine caucasienne, ont été assignées aléatoirement à l'un des deux groupes suivants : *Project Support* ($n = 17$) ou services usuels ($n = 18$). Des questionnaires autorapportés par le parent sont remplis afin de noter son utilisation de la punition corporelle et le risque de récurrence, son niveau de détresse ainsi que son comportement envers son enfant à plusieurs temps de mesure (pré-test, mi-intervention, post-test, suivi 12 mois et 16 mois). De surcroît, un informateur externe a observé et noté l'attitude du parent à l'égard de son enfant.

Chez les participants au PS, les résultats aux différents temps de mesure ont indiqué une diminution significative de l'utilisation de la discipline sévère ($p < .001$) ainsi que des améliorations significatives de la détresse maternelle ($p < .01$) et de l'incapacité du parent à contrôler les comportements de l'enfant ($p < .001$). Comparativement au groupe contrôle qui a reçu les services usuels, les observateurs externes ont rapporté une amélioration de l'inefficacité parentale significativement plus élevée dans le groupe PS ($p < .05$). Le même constat a été fait pour l'utilisation de la discipline sévère

($p < .05$) et l'incapacité du parent à contrôler les comportements de l'enfant ($p < .05$). La différence entre les taux de récurrence d'AP dans les deux groupes (PS : 5,9 %; services usuels : 27,7 %) n'a pas atteint le niveau de signification statistique ($p = 0.86$).

C) Interventions familiales

Deux des études retenues ont mesuré l'impact d'interventions destinées à l'ensemble de la famille dans laquelle il y a eu AP. La première est un ECR évaluant le *Multisystemic Therapy for Child Abuse and Neglect* (MST-CAN) (Swenson, 2010). La deuxième a évalué le *Family therapy* (FT) (Kolko, 1996b).

Évaluation du MST-CAN (*Multisystemic Therapy for Child Abuse and Neglect*)

Le MST-CAN est une intervention familiale à domicile de durée variable (6 à 9 mois) à raison de trois rencontres par semaines. L'intervention vise à garder la famille réunie, à s'assurer de la sécurité de l'enfant, à prévenir la récurrence d'abus et de négligence, à réduire les problèmes de santé mentale ainsi qu'à augmenter le soutien social. Les objectifs poursuivis, qui sont variables d'une famille à l'autre, sont énoncés par les membres de la famille, en collaboration avec l'intervenant.

Étude de Swenson, 2010

Les 86 familles participant à l'ECR réalisé par Swenson ont été réparties de façon aléatoire dans deux groupes : le MST-CAN (44 familles) et le *Enhanced Outpatient Treatment* (EOT) (42 familles). Le EOT représente le service usuel et, de ce fait, constitue le groupe contrôle. Ces familles incluaient un peu moins que la moitié de garçons (47,7 %) et 72,7 % des enfants étaient d'origine caucasienne. Les enfants victimes d'AP étaient âgés de 10 à 17 ans et n'avaient subi aucune autre forme de mauvais traitement. Les données récoltées auprès de l'enfant concernaient son comportement, sa santé mentale et ses compétences sociales. Du côté du parent, elles avaient trait à la discipline physique, l'agressivité, la récurrence des AP, la santé mentale et le soutien social.

Une diminution significative ($p < .05$) des symptômes dépressifs et de stress posttraumatique a été notée entre les différents temps de mesure dans les deux groupes. Chez les parents, des améliorations significatives ont été obtenues en lien avec leur santé mentale (diminution de la détresse psychiatrique $p < .05$ et diminution des symptômes positifs de détresse psychologique ($p < .01$). En ce qui a trait à la négligence, l'agression psychologique et la discipline sévère, des améliorations significatives ($p < .01$) dans le temps ont été rapportées tant par les enfants que par les parents dans les groupes MST-CAN et EOT. Pour ce qui est des agressions mineures, seuls les enfants ont souligné des améliorations significatives ($p < .01$) alors que pour les agressions majeures, des changements significatifs ($p < .01$) dans le temps ont été rapportés par les parents seulement, et ce, pour les deux groupes de participants.

Comparativement aux enfants ayant reçu l'intervention EOT (groupe contrôle), ceux participant au MST-CAN ont connu davantage d'améliorations significatives sur le plan comportemental en général ($p < .01$), notamment en ce qui a trait aux comportements intériorisés ($p < .05$). Des améliorations significatives ($p < .05$) ont aussi été constatées en lien avec la santé mentale du parent notamment au niveau des variables associées au trauma et à la dissociation. Les résultats indiquent une diminution

significative de l'utilisation de la discipline violente par les parents ($p < .01$) qui ont participé au MTS-CAN par rapport à ceux du groupe EOT. Aux dires des enfants, ils commettraient significativement moins d'agressions (mineures et majeures) auprès d'eux ($p < .01$). Pour leur part, les parents ont rapporté avoir significativement moins recours à des agressions sévères ($p < .01$). Des améliorations significatives ($p < .01$) ont aussi été notées en lien avec les agressions psychologiques lorsque les mesures sont prises auprès de l'enfant seulement. En ce qui concerne la santé mentale, les données qui ont été recueillies auprès des parents suggèrent une amélioration significative de l'indice de détresse global ($p < .05$). Selon les résultats obtenus auprès des jeunes et des parents ($p < .01$), une diminution significative de la négligence a été notée. Enfin, la participation à l'intervention MST-CAN a amélioré significativement le soutien social perçu par les parents (appréciation du réseau : $p < .01$; sentiment d'appartenance $p < .05$).

Évaluation de la FT (Family Therapy)

Étude de Kolko, 1996b

Cette étude, déjà présentée plus haut dans la section concernant les interventions réalisées auprès de la dyade parent-enfant, inclut un groupe randomisé de 17 participants qui a reçu la *Family therapy* (FT). Le lecteur est invité à se référer à cette section pour les résultats correspondants à cette thérapie familiale.

4.1.5.2 Autres publications

« Programme clientèle en AP » (Iasenza et Lavergne, 2007)

Ce document est un rapport d'étape qui a été réalisé dans le cadre du mandat du groupe de développement « Programme clientèle en abus physique ». Ce rapport contient une recension des écrits et les résultats de groupes de discussion tenus dans le cadre du développement du programme au Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire (CJM-IU). Le document dresse un état des connaissances sur l'AP (définition, ampleur, conséquences, facteurs de risque et de protection) et recense quelques documents québécois qui servent de guide pour l'intervention en AP. Cependant, les auteures rapportent que la recherche d'un programme en AP dans des centres jeunesse autres que le Centre jeunesse de Montréal-Institut Universitaire n'a donné aucun résultat.

Selon les résultats de la recension de la littérature présentée dans ce rapport, la plupart des programmes d'intervention en AP sont basés sur les approches comportementales et cognitives et, dans une moindre mesure, sur l'approche systémique ou écologique. Ces approches sont le plus souvent utilisées dans le cadre d'interventions individuelles ou, parfois, auprès de la famille. Ces interventions peuvent s'adresser au parent ou à l'enfant ou encore à la dyade parent-enfant. Des approches multidimensionnelles permettent d'intervenir sur différents aspects de la problématique d'AP.

Pour déterminer l'état de la pratique professionnelle en matière d'AP au CJM-IU au moment où le document a été produit, des groupes de discussion avec des intervenants et des réviseurs de la DPJ ont été réalisés. Les propos recueillis ont permis de valider les deux objectifs d'intervention : la

protection et le traitement. Dans les deux cas, la première étape de travail consiste à rassurer l'enfant. Chez l'enfant, le traitement offert consiste à rétablir le sentiment de confiance à l'égard des adultes et à référer aux ressources dans la communauté. Pour la clientèle adolescente, le traitement vise à ce que l'adolescent victime n'en vienne pas à violenter à son tour. Chez le parent, l'intervention à mettre en place doit distinguer si l'AP est consécutif à un problème personnel (consommation, santé mentale, etc.) ou si l'AP résulte de méthodes éducatives inappropriées. Les intervenants ont mentionné que l'intervention variait selon l'application de l'Entente multisectorielle, laquelle a été identifiée comme une source de difficultés en raison des contraintes de son application. De plus, certains participants considéraient que l'application de l'Entente multisectorielle était à l'origine de tensions entre les milieux social et judiciaire. Les intervenants soulignent l'importance d'une utilisation « judiciaire » de l'Entente (Iasenza et Lavergne, 2007).

Parmi les lignes de conduite à adopter auprès des parents figurent : obtenir une reconnaissance des faits par les parents; faire valoir les avantages liés à l'utilisation des méthodes éducatives plus appropriées; engager les parents dans un processus de résolution de problèmes; travailler au rétablissement des rôles au sein de la famille et référer le parent abuseur aux ressources communautaires.

Entente multisectorielle relative aux enfants victimes d'abus sexuels, de mauvais traitements physiques ou d'une absence de soins menaçant leur santé physique (Gouvernement du Québec, 2001)

Au Québec, l'Entente multisectorielle est une procédure d'intervention sociojudiciaire tripartite applicable lorsqu'un enfant est victime d'abus, incluant l'AP. Cette entente vise à assurer une réponse adéquate, continue et coordonnée aux besoins d'aide et de protection de l'enfant, dans le respect des droits de toutes les parties en cause (Gouvernement du Québec, 2001 : 7). La procédure d'intervention sociojudiciaire comporte cinq étapes, soit : 1 le signalement de la situation au directeur de la protection de la jeunesse; 2 la liaison et la planification en vue d'obtenir la collaboration et l'assistance de tous les partenaires pour répondre adéquatement aux besoins d'aide et de protection de l'enfant et des membres de sa famille; 3 l'enquête et l'évaluation en vue de vérifier le bien-fondé des faits allégués et de recueillir les éléments de preuve requis; 4 la prise de décision sur les suites à donner à l'affaire à partir de la mise en commun des renseignements obtenus ; 5 l'action et l'information des partenaires. Les actions prévues à chacune de ces étapes permettent d'obtenir l'ensemble des informations disponibles et pertinentes afin de prendre des décisions éclairées. Quelle que soit l'étape, chacun conserve le pouvoir de décision et l'entière responsabilité eu égard à son champ de compétence.

4.2. Consultation des parties prenantes⁸

4.2.1 Résultats issus des groupes de discussion auprès des intervenants et des gestionnaires

Définition de l'AP et cooccurrence

Les différentes parties prenantes ont défini l'AP comme une problématique complexe survenant souvent en cooccurrence avec d'autres problématiques : mauvais traitement psychologique, violence conjugale ou familiale, négligence, difficultés liées à la santé mentale ou à la toxicomanie chez les parents ou encore diagnostic de trouble de comportement ou une déficience chez le jeune. Selon eux, cette cooccurrence expliquerait en partie le fait que très peu de dossiers soient retenus pour des motifs d'AP uniquement. Lorsqu'un signalement est retenu en AP, il le serait plutôt en raison de problématiques liées aux méthodes éducatives déraisonnables et serait fréquemment rencontré chez des familles provenant d'autres ethnies. Tout comme les circonstances dans lesquelles les gestes d'AP sont commis, les motivations des parents sont multiples. Celles-ci peuvent être à visée éducative et s'inscrire dans un contexte où le parent utilise des punitions corporelles excessives ou survenir lors d'une situation de crise ou de stress importante.

Interventions privilégiées

Les actions mises en place auprès des enfants victimes d'AP et leurs parents dépendent de l'unicité (AP ponctuel) ou de la chronicité (AP répétitif) de la problématique, mais aussi des intentions sous-jacentes, des facteurs de risque et de protection identifiés ainsi que de la cooccurrence possible. À défaut d'avoir reçu une formation et de posséder des outils spécifiques pour traiter les AP, les répondants avouent privilégier une approche de cas par cas. Ils utilisent l'analyse différentielle pour mieux comprendre les dynamiques familiales et interviennent auprès de tous les membres d'une même famille (enfant, parent abuseur, parent non-abuseur), lors de rencontres individuelles, conjointes ou de groupe. Lorsqu'elles visent le jeune, les interventions permettent de travailler sur les impacts et la représentation des gestes, la culpabilité, les conflits de loyauté, la déresponsabilisation, l'estime de soi, l'expression des émotions, le développement de sa capacité de se protéger si la situation se reproduisait, etc. Avec les parents, elles visent à prévenir la récurrence.

Les pratiques rapportées sont hétérogènes et aucune intervention spécifique à l'AP n'est actuellement utilisée, et ce, bien que les approches de type cognitivo-comportemental soient jugées prometteuses par certains. Avec cette clientèle, ils utilisent les interventions psychosociales, psychoéducatives, psychologiques, légales ou communautaires. Certains mentionnent l'utilisation de techniques propres à l'approche de médiation (surtout en contexte ethnoculturel), de la thérapie par le jeu et l'utilisation d'un langage adapté à l'âge de l'enfant. Parmi les outils préconisés, un intervenant mentionne l'utilisation d'une « carte conceptuelle en AP » (« Modèle explicatif de l'abus physique » de Puzé *et al.*, 2015, document inédit).

Pour la majorité des répondants, la reconnaissance des gestes d'AP reprochés est incontournable et préalable à l'intervention. Celle-ci favoriserait la mobilisation et la collaboration des parents et une

⁸ Pour des informations supplémentaires, consultez les extraits de verbatim disponibles à l'Annexe J.

meilleure gestion du risque de récurrence. Pourtant, les intervenants disent ne pas toujours savoir comment l'obtenir et peinent à identifier des moyens concrets pour y arriver dans les plans d'intervention.

Difficultés liées à l'intervention

Selon les propos rapportés, il serait plus difficile d'intervenir dans les situations d'AP chroniques, car les parents reconnaissent moins leurs gestes. Du côté de l'enfant, l'ambivalence face au dévoilement nuirait aussi à l'intervention. Sur le plan légal, il serait plus difficile de faire la preuve d'AP au tribunal, surtout lorsqu'il s'agit de retenir un signalement en raison de la compromission du développement de l'enfant. Les différences liées au contexte culturel sont d'autres difficultés mentionnées (barrières de la langue, schèmes de référence, enjeux de citoyenneté et d'immigration), surtout lorsque les enfants doivent être retirés et placés dans une famille d'accueil.

Besoins pour l'intervention

Pour intervenir lors des situations d'AP, les répondants ont différents besoins et ceux-ci découlent des difficultés rencontrées. Certains gestionnaires relatent le besoin d'obtenir un guide de pratiques simple et convivial pour être soutenu dans ces contextes d'intervention, car l'AP est vu comme une problématique complexe. Parmi les autres éléments utiles à l'intervention, les répondants ont nommé l'établissement d'un lien de confiance, tant avec les enfants que les parents, et l'importance d'assurer une grande fréquence des rencontres. Le partenariat avec d'autres collègues à l'interne (ex. spécialistes en activités cliniques et psychologues) ou à l'externe (ex. organismes communautaires spécialisés sur la violence familiale ou conjugale) serait facilitant, particulièrement pour les familles multiethniques.

4.2.2 Informations recueillies auprès de l'équipe du « projet pilote sur l'intervention en abus physique »⁹

Une intervention à court terme a été mise sur pied afin de sensibiliser les parents quant aux méthodes éducatives appropriées et prévenir la récurrence d'AP. Elle permet une intervention minimale par rapport aux gestes d'AP reprochés et s'adresse aux enfants de plus de 5 ans qui ont vécu une situation d'AP ponctuelle, sans blessures graves (rougeurs ou petits ecchymoses). Cette intervention est offerte lorsqu'il y a présomption de compromission à l'étape de la réception et du traitement du signalement (RTS), mais que la sécurité ou le développement de l'enfant ne sont pas compromis après l'évaluation.

Au CJQ-IU, quatre intervenantes offrent cette intervention soutenue de courte durée, afin de rétablir la situation et prévenir la récurrence d'AP. Compte tenu du temps limité de l'intervention, les intervenantes créent des partenariats avec des organismes communautaires dans le but de « réseauter » les parents et mieux répondre à leurs besoins. Les dossiers ciblés par cette intervention concernent davantage les méthodes éducatives déraisonnables et les familles immigrantes étant donné leurs connaissances parfois limitées de ce qui est permis dans l'éducation des enfants au

⁹ Cette intervention a été officialisée au printemps 2016.

Québec. En effet, certains pays permettent l'usage de la force physique pour éduquer les enfants et ces familles reproduiraient ce qu'elles ont connu dans leur pays d'origine. À travers l'enseignement et le « modeling », les intervenantes proposent d'autres alternatives aux parents pour discipliner l'enfant. Aux dires des répondantes, cette intervention semble porter fruit puisque peu d'entre eux reviennent dans les services PJ.

Par contre, certains parents, bien qu'ils accèdent au projet d'intervention court terme, nécessitent une intervention plus longue ou standard. Dans ces cas précis, les intervenantes ont moins de disponibilité pour intervenir dans les autres dossiers d'AP de leur charge de cas, ce qui entraîne des répercussions sur les services rendus. Les intervenantes émettent donc une mise en garde à l'effet de bien respecter les critères d'inclusion fixés, de sorte à assurer le traitement et le roulement des dossiers selon les paramètres établis.

4.2.3 Opinion d'une chercheure-experte dans le domaine de la maltraitance (abus physique)

Un entretien téléphonique a été réalisé avec madame Marie-Ève Clément, professeure au Département de psychoéducation et de psychologie à l'Université du Québec en Outaouais et titulaire de la *Chaire de recherche du Canada sur la violence faite aux enfants*. Celle-ci a été interrogée à titre d'experte québécoise en maltraitance. Principalement, l'entretien visait à obtenir son point de vue sur les interventions à mettre en place lors d'AP.

Concernant les meilleures interventions à mettre en place auprès des enfants victimes d'AP et leur famille, madame Clément nous a confié qu'il est important de ne pas mettre l'emphase uniquement sur l'AP puisque les enfants sont souvent victimes de plus d'un type d'abus à la fois.

« Dans ces familles-là, les enfants sont souvent victimes de plus d'une forme de maltraitance. Par exemple, l'AP peut survenir dans des contextes de violence conjugale où les enfants sont aussi soumis à des agressions psychologiques ou de négligence émotive. »

D'ailleurs, les recherches qu'elle a menées démontrent bien cet aspect et elle souligne que dans les cas d'AP, les enfants sont également victimes de mauvais traitements psychologiques : les parents vont souvent user de violence verbale à l'égard de leur enfant lors des abus. Concernant les interventions à mettre en place auprès de ces enfants, elle affirme que :

« De plus en plus, les résultats des recherches soutiennent le fait que les programmes ne devraient pas s'attarder à une seule forme de maltraitance parce que les enfants victimes d'AP sont non seulement soumis à plusieurs formes de maltraitance dans la famille, mais qu'ils sont aussi souvent victimes à l'extérieur de leur famille. C'est ce que nos études dans le domaine de la polyvictimisation nous ont montré. Donc, les programmes devraient s'attarder non seulement au fait que les enfants vivent de la violence à la maison, mais en plus dans leur communauté. »

Par ailleurs, elle est d'avis que les programmes de type cognitivo-comportemental peuvent être efficaces pour intervenir auprès des enfants victimes d'AP et leurs parents mais, selon elle, ils seraient limitatifs lorsqu'utilisés sans une approche de services intégrés.

« (...) s'il a des problèmes de toxicomanie, ça prend de la concertation avec les ressources en toxicomanie. Comme il peut aussi s'agir de familles où il y a des troubles de santé mentale chez les parents et des difficultés particulières chez les enfants, comme un tempérament difficile, il est important d'opter pour une approche de concertation. Tu sais, au niveau de l'approche cognitivo-comportementale, c'est efficace, mais il faut que ce soit mis en lien aussi avec l'approche de services intégrés, avec d'autres services pour mieux venir en aide aux familles et pour répondre à leurs différents besoins. »

Selon madame Clément, on ne doit pas prendre les problématiques isolément, mais voir au-delà de celles-ci, d'autant plus que « deux enfants victimes d'AP peuvent être issus de deux profils familiaux complètement différents ». Il convient ainsi de dresser un portrait global de la situation en considérant l'ensemble des formes d'abus et de négligence parentale, mais aussi les caractéristiques familiales comme les problèmes de santé mentale et les facteurs liés à l'origine ethnique du parent.

« Je crois qu'il faut de plus en plus voir au-delà des formes uniques de maltraitance, pour mieux répondre aux divers profils et besoins des familles. »

Il importe alors de créer un partenariat avec différents organismes afin d'offrir aux parents l'aide que requiert leur situation.

5. Analyse des données probantes

Les données provenant de la revue systématique de la littérature et de la consultation des parties prenantes ont été triangulées et analysées en fonction des dimensions abordées par les questions d'évaluation.

5.1 Dimension efficacité

Les principaux résultats des études scientifiques retenues dans la revue systématique de la littérature concernaient l'efficacité des interventions réalisées pour diminuer les AP chez les enfants. Le tableau 7 en résume les principaux résultats. Bien que le nombre et le type des variables considérées varient d'une étude à l'autre (entre 2 et 9), les résultats de toutes les études rapportent au moins une amélioration significative dans le fonctionnement des parents, des enfants et ou des familles.

Tableau 7 Synthèse des résultats concernant l'efficacité des interventions visant à diminuer les AP chez les enfants

		Interventions dyadiques auprès du parent abuseur et de l'enfant victime d'abus					Interventions auprès du parent abuseur		Interventions familiales		Nombre d'études originales différentes ayant considéré la variable	
		PCIT			CBT	CPC-CBT	EESCP	AMTAP	PS	MST-CAN		FT
		Chaffin (2004) †††	Terao (1999)* †††	Thomas (2012)* †††	Kolko (1996b) ¹ ††	Runyon (2010) ††	Clément (2004)* ††	Acton (1992)* ††	Jouriles (2010) †	Swenson (2010) †		Kolko (1996b) ¹ ††
Proportion d'AP		75 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	63 %	100 %	100 %		
Variables (outcomes)												
Fonctionnement parental	Comportement du parent (colère/rigidité/incapacité de contrôler l'enfant/habiletés parentales positives)	+	NA	ns	NA	+	ns	+	+	NA	NA	6
	Discipline, abus physique et psychologique, potentiel ou risque d'abus (violence parent - enfant/punitions corporelles/discipline sévère, inefficace ou inconsistante/agressions/besoin de punitions)	ns	+	+	+ Sauf viol. parent-enf. : ns	+	+	+	+	+	+	9 ¹
	Santé mentale (dépression/stress)	ns	+	+ Sauf dépres. : ns	+	NA	NA	+	ns	+	+	7 ¹
	Support social (isolement, soutien)	ns	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	+	NA	1
	Récurrence d'AP	+	NA	NA	ns	ns	NA	NA	ns	ns	ns	5 ¹
Fonctionnement de l'enfant	Trouble de comportement (intériorisés/extériorisés/intensité/nombre/hostilité/colère/violence)	ns	+	+	+	ns	NA	+	NA	+	+	7 ¹
	Santé mentale (PTSD/dépression/anxiété/dissociation/stress)	NA	NA	NA	NA	+	NA	NA	NA	+	NA	2
	Compétences sociales (habiletés/ennemis/conflits)	NA	NA	NA	+	NA	NA	NA	NA	NA	ns	1 ¹
	Violence enfant - parent	NA	NA	NA	+	NA	NA	NA	NA	NA	+	1 ¹
Fonctionnement de la dyade (famille)	Interaction parent-enfant positive (sensibilité, cohésion)	NA	NA	+	+	NA	NA	+	+	NA	+	4 ¹
	Problèmes familiaux (conflits)	NA	NA	NA	+	NA	NA	NA	NA	NA	+	1 ¹
	Fonctionnement général	NA	NA	NA	ns	NA	NA	NA	NA	NA	+	1 ¹
Nombre de variables considérées selon les études		6	3	5	9	5	2	5	5	6	9	
Légende : + : amélioration significative; ns : résultat non significatif; NA : non applicable (non mesuré)												
¹ L'étude de Kolko, 1996b, présente des résultats pour deux interventions différentes, mais n'a été comptabilisée comme une seule étude												
* Mesures pré et post uniquement												
††† Étude de bonne qualité †† Étude de qualité moyenne † Étude de faible qualité												

Tel que rapporté au tableau 6, six études différentes ont mesuré l'impact de quatre interventions (PCIT, CBP, CPC-CPT et EESCP) réalisées au niveau de la dyade parent-enfant. Les études dont la qualité méthodologique est la plus élevée concernent le PCIT (Chaffin, 2004; Terao, 1999; Thomas, 2012). Parmi les trois études concernant le PCIT, deux ont démontré une amélioration significative du fonctionnement parental, sur le plan de la discipline et de la santé mentale (Terao, 1999; Thomas, 2012). Seule l'étude de Chaffin (2004) a montré une diminution significative de la récurrence d'AP ($p < .01$). Selon leurs analyses, l'amélioration des comportements négatifs des parents serait responsable de l'impact de l'intervention sur la récurrence. Aucune amélioration significative des autres variables mesurées n'a été observée. Deux des trois études ont montré une amélioration significative du comportement de l'enfant (Terao, 1999; Thomas, 2012). Enfin, la seule étude sur le PCIT ayant mesuré l'interaction parent-enfant a démontré une amélioration significative de cette variable (Thomas, 2012). L'impact d'une autre intervention dyadique, le CBT individuel (*individual CBT*), a été évalué dans l'étude de Kolko (1996b). Le fonctionnement parental et le comportement de l'enfant se sont améliorés à la suite à l'intervention alors qu'aucun changement significatif n'a été mesuré au niveau de la récurrence d'AP et du fonctionnement général de la dyade parent-enfant. Une autre étude a mesuré l'efficacité du CBT utilisé en groupe (CPC-CBT) auprès d'enfants et leurs parents (Runyon, 2010). Une amélioration significative du fonctionnement parental et de la santé mentale du parent et de l'enfant a été démontrée. Cependant, l'intervention n'a eu aucun impact sur la récurrence d'AP, ni sur les troubles de comportement de l'enfant. Finalement, une étude a mesuré l'efficacité d'une intervention éducative concernant la punition corporelle (EESCP) (Clément, 2004). Une amélioration significative de la discipline a été démontrée par les participants, mais aucun effet significatif n'a été mesuré au niveau du comportement parental.

Deux études ont mesuré l'efficacité d'interventions réalisées auprès du parent abuseur (Acton, 1992; Jouriles, 2010). Les deux types d'intervention considérés (AMTAP et PS) dans ces études ont permis d'obtenir des améliorations significatives sur les comportements des parents, sur la discipline exercée sur l'enfant par le parent de même que sur l'interaction parent-enfant. Seule l'AMTAP a montré une amélioration significative de la santé mentale du parent, alors que le PS n'a pas eu d'effet significatif à ce niveau. Les troubles de comportement chez l'enfant ont été mesurés uniquement à la suite de l'AMTAP et se sont significativement améliorés (Acton, 1992). La récurrence d'AP a été mesurée uniquement à la suite du PS, mais l'intervention n'a démontré aucun impact (Jouriles, 2010).

Enfin, deux études ont mesuré l'impact d'interventions familiales, le MST-CAN (Swenson, 2010) et le FT (Kolko, 1996b). Des améliorations significatives en lien avec le fonctionnement des parents ont été rapportées à la suite des deux interventions, notamment en ce qui a trait à leur santé mentale et à la discipline utilisée auprès de l'enfant. Une amélioration significative du support social reçu par les parents a été mesurée et rapportée suite à l'intervention MST-CAN (Swenson, 2010). En lien avec le fonctionnement de l'enfant, les deux interventions ont conduit à des améliorations significatives des troubles de comportement. Le MST-CAN a mesuré la santé mentale de l'enfant et montré une amélioration significative (Swenson, 2010). Le FT n'a montré

aucun impact significatif sur les compétences sociales de l'enfant, mais cette intervention a permis d'améliorer de façon significative la violence de l'enfant envers le parent. Des variables liées au fonctionnement de la dyade ont été mesurées uniquement à la suite de l'intervention FT (Kolko, 1996b). Des améliorations significatives des interactions parent-enfant, des problèmes familiaux et du fonctionnement familial en général ont été rapportées. Aucune de ces interventions familiales n'a eu un impact significatif sur la récurrence d'AP.

Au total, cinq études ont documenté la récurrence d'AP. Une seule, de bonne qualité, a démontré une diminution significative à la suite de l'intervention PCIT (Chaffin, 2004). Les quatre autres études n'ont pas observé de différence significative sur cette variable à la suite des interventions. Cependant, la qualité méthodologique de ces études, qui est de moyenne à faible, ne permet pas de conclure à l'inefficacité des interventions CBT individuel, CPC-CBT, PS et MST-CAN pour réduire la récurrence d'AP. De plus, alors que la médiane du suivi réalisé dans l'étude de Chaffin est de plus de deux ans, les périodes de suivi dans les quatre autres études ne dépassent pas 16 mois.

Toutes les études ont mesuré les effets des interventions sur la discipline exercée par le parent. À l'exception d'une (Chaffin, 2004), une amélioration significative du comportement parental a été observée à la suite d'une participation au PCIT (Terao, 1999; Thomas, 2012), au CBT (Kolko, 1996b), au CPC-CBT (Runyon, 2010), à l'EESCP (Clément, 2004), à l'AMTAP (Acton, 1992), au PS (Jouriles, 2010) et au MST-CAN (Swenson, 2010). De même, toutes les études ayant mesuré l'interaction parent-enfant ont montré une amélioration significative (Thomas, 2012; Kolko, 1996b; Acton, 1992 et Jouriles, 2010).

5.2 Dimension innocuité

Aucune des données probantes issues de la littérature ne permet d'évaluer l'innocuité des interventions pour AP chez les enfants, les parents ou la famille. Bien qu'une des études retenues (Kolko, 1996b) rapporte une détérioration significative du niveau de discipline des parents ($p < .03$) et des problèmes de l'enfant avec les ennemis dans le voisinage ($p < .04$), ces variables se sont aussi détériorées avec le temps dans les groupes expérimentaux (CBT, FT) et le groupe contrôle (RCS). Il ne s'agit donc pas d'impacts liés aux interventions.

Cependant, du point de vue des intervenants et gestionnaires qui ont participé aux groupes de discussion, le simple fait de retenir un signalement d'AP en PJ peut être délétère, peu importe que celui-ci soit fondé ou pas. Pour l'enfant, l'ambivalence face au dévoilement des gestes d'AP commis par les parents comporterait aussi des effets indésirables, compte tenu des enjeux liés au conflit de loyauté possible et au placement potentiel. Il est donc important de considérer la portée de ces effets indésirables par rapport aux dommages entraînés par l'AP lui-même.

5.3 Dimension éthique

Aucun résultat ne permet de documenter la dimension éthique des interventions concernant les AP. Cependant, comme les interventions en PJ sont réalisées par des intervenants autorisés, les codes d'éthiques de l'établissement et les codes de déontologie propres aux différentes professions (psychologues, travailleurs sociaux, psychoéducateurs) s'appliquent, et ce, peu importe la problématique à traiter, incluant l'AP.

5.4 Dimension légale

Aucune des études retenues ne permet d'aborder cette dimension. Au Québec, l'Entente multisectorielle est la procédure d'intervention sociojudiciaire qui s'applique lorsqu'un enfant est victime d'AP (Gouvernement du Québec, 2001 : 7). Il s'agit d'une démarche jugée bien structurée qui réunit l'ensemble des parties prenantes (intervenants du centre jeunesse, enquêteur, procureur) pour intervenir adéquatement sur le plan criminel, légal et social. Cependant, il semblerait que, dans certains cas, les contraintes imposées par son application complexifieraient l'intervention et certains intervenants remettraient sa pertinence en cause d'un point de vue clinique (Iasenza et Lavergne, 2007).

Selon les informations recueillies auprès des parties prenantes, le suivi de la trajectoire sociojudiciaire, via l'Entente multisectorielle, comporte des avantages. Par exemple, l'enregistrement vidéo obligatoire de l'entrevue évite à l'enfant de répéter son histoire à différentes personnes et peut le dispenser de témoigner à la Chambre de la jeunesse, ce qui entraînerait pour l'enfant un conflit de loyauté envers ses parents.

5.5 Dimension ethnoculturelle

Parmi les neuf études retenues, sept incluent des minorités ethnoculturelles dans leurs échantillons, dans des proportions variant de 46 % à 100 %. Aucune de ces études ne traitait de l'adaptation des interventions en fonction de l'aspect culturel. En lien avec l'efficacité des interventions, cinq de ces études ne différencient pas les résultats en fonction de l'ethnie. Dans les deux autres études, lorsque l'ethnie était considérée dans les modèles statistiques, celle-ci n'influçait pas l'efficacité des interventions (Chaffin, 2004; Runyon, 2010).

Une seule étude a été réalisée auprès de parents provenant tous d'une même minorité ethnique. Cette étude visait à évaluer le programme communautaire « Éduquons nos enfants sans corrections physiques » (Clément, 2004). À la suite de l'intervention, les parents étaient moins favorables à la punition corporelle et rapportaient y avoir moins recours à la fin de l'intervention.

Les résultats obtenus des entrevues réalisées dans le rapport de Iasenza et Lavergne (2007) font ressortir les difficultés rencontrées lors des interventions auprès de familles d'origine ethnique minoritaire. Il est mentionné que les intervenants devraient éviter d'utiliser le terme « abus physique » et expliquer aux parents ce qui n'est pas toléré au Québec. De plus, les intervenants

devraient chercher à créer une alliance thérapeutique avec les parents afin de les aider dans leur processus d'adaptation. Il importe aussi de ne pas mettre en place des interventions distinctes pour chacune des communautés culturelles : il faut plutôt mettre l'accent sur les différences individuelles, sur leur passé en tant que personnes immigrantes et comprendre les raisons qui les ont amenées à commettre un tel geste. L'arrimage des interventions PJ avec celles des organismes présents dans la communauté serait facilitant. Enfin, il est recommandé de faire une utilisation judicieuse de l'Entente multisectorielle en contexte ethnoculturel.

Selon les propos recueillis auprès des parties prenantes, il semble y avoir une tendance à associer davantage la punition corporelle aux familles faisant partie des minorités ethniques. Des intervenants s'interrogent sur la façon, dans l'intervention, de tenir compte des enjeux culturels en lien avec l'éducation des enfants (ex. Le fait que les corrections physiques soient acceptées dans certaines cultures, mais pas dans d'autres). À cet effet, certains ont mentionné la nécessité de tenir compte de la culture, tant pour comprendre les gestes posés que pour intervenir adéquatement. L'utilisation d'un langage commun de même qu'une bonne compréhension de la culture et des histoires vécues dans les pays d'origine faciliteraient l'intervention, de même que la collaboration avec les communautés culturelles. Parmi les difficultés soulevées, les répondants mentionnent que les enjeux entourant l'obtention du statut d'immigrant ou de la citoyenneté complexifieraient l'intervention. Aussi, le fait que l'AP (via la punition corporelle notamment) soit parfois toléré et même valorisé selon l'origine ethnique et les croyances culturelles rendrait l'intervention plus difficile et nécessiterait davantage d'adaptations. Auprès de ces familles, il serait nécessaire d'être ferme par rapport à la réprobation des gestes d'AP au Québec et au Canada et d'identifier des façons convenables de faire respecter l'autorité parentale autrement que par la correction physique.

5.6 Dimension santé

Aucune étude primaire n'a rapporté de résultats sur cette dimension. Selon les propos obtenus du groupe de discussion réalisé avec des membres du personnel infirmier du CJQ-IU, leurs interventions dans les cas d'AP sont minimales. Celles-ci consistent à soigner les blessures que les jeunes pourraient avoir des suites d'un AP. Ils se disent non habilités à émettre des diagnostics d'AP. En conséquence, si une blessure est suspecte, ils vont plutôt aviser l'intervenant social attitré au jeune afin de le référer à des spécialistes de la Clinique pédiatrique de protection de l'enfance (CPPE) du Centre mère-enfant soleil du CHUL.

6. Discussion

Peu d'études concernant les situations d'AP sans autres formes de mauvais traitements ont été identifiées. Des neuf études retenues, sept spécifient que 100 % des cas d'AP étaient des cas « purs ». Toutes les interventions évaluées dans les études retenues sont de type cognitivo-comportemental. D'ailleurs, selon le rapport de lasenza et Lavergne (2007), la plupart des programmes d'intervention en AP sont basés sur ce type d'approche et, dans une moindre mesure, sur l'approche systémique ou écologique.

Parmi les neuf études primaires retenues, des améliorations significatives en faveur des groupes expérimentaux ont été rapportées pour plusieurs variables. Trois études de bonne qualité suggèrent que le PCIT utilisé auprès de dyades parent-enfant, selon les modalités de l'intervention, serait une approche pertinente pour les cas d'AP. D'ailleurs, une de ces études rapporte une diminution de la récurrence d'AP chez les participants. Pour toutes les autres interventions considérées dans les études retenues, les résultats d'efficacité doivent être interprétés avec prudence considérant la qualité des études qui varie de moyenne à faible.

Bien que les études retenues présentent des résultats intéressants par rapport aux interventions à privilégier auprès des jeunes victimes d'AP et leurs familles, il importe d'apporter certaines nuances. Le nombre de participants, de même que le type et le nombre de mesures, diffèrent d'une étude à l'autre. Les échantillons considérés dans les ECR varient entre 24 et 152 familles, alors que ceux des deux études non randomisées concernent respectivement 13 et 29 parents. Cinq des neuf études retenues rapportent des mesures de suivi (*follow-up*) dont la période varie de 3 mois à plus de 2 ans. De même, la plupart des mesures sont auto-rapportées par les parents ou les enfants, ce qui peut introduire un biais dans les résultats. Cependant, des mesures effectuées par un observateur indépendant sont rapportées dans quatre études. Une seule montre l'efficacité d'un programme d'intervention spécifique pour les familles des minorités culturelles, mais le nombre de participants est petit, ce qui limite la généralisation des résultats. Par ailleurs, aucune étude ne rapporte d'effets indésirables auprès du jeune ou de son parent à la suite des interventions.

Par ailleurs, la consultation des parties prenantes lors des groupes de discussion apporte un éclairage supplémentaire, permettant de valider l'absence de connaissances spécifiques pour l'intervention en AP sans autres formes de maltraitance. Leurs propos témoignent d'un besoin de formalisation pour le développement des pratiques liées aux AP. Dans tous les cas, la reconnaissance des gestes reprochés aux parents serait incontournable au succès des interventions. Ces propos rejoignent ceux présentés dans le rapport de lasenza et Lavergne (2007).

Les informations recueillies auprès des participants aux groupes de discussion et de l'experte montrent que l'AP est une réalité complexe qui se présente souvent en cooccurrence avec d'autres problématiques telles que les mauvais traitements psychologiques, la violence conjugale ou familiale ou encore lorsque les parents ont des difficultés liées à la santé mentale

ou à la toxicomanie. La cooccurrence des problématiques présentes dans ces familles a une influence sur les objectifs d'intervention à privilégier. Selon l'experte interrogée, les programmes de type cognitivo-comportemental peuvent être efficaces pour intervenir auprès des enfants victimes d'AP et leurs parents. Mais, à son avis, il s'agit d'une stratégie limitée pour faire face à une situation complexe dont les causes sont multiples, d'où la pertinence de la mise en place d'une approche de services intégrés.

7. Conclusion et recommandations

La présente ETMISSS visait à répondre à la question décisionnelle posée par les demandeurs, soit : Quelles sont les meilleures pratiques d'intervention auprès des enfants âgés entre 0 et 17 ans victimes d'AP, sans la présence d'autres formes de mauvais traitements, et leur famille, suivis en protection de la jeunesse? Considérant le nombre limité d'études réalisées dans le cas d'AP « pur », leur qualité méthodologique et la variabilité des mesures, il est difficile d'émettre des recommandations basées sur les résultats de cette ETMI. Il est toutefois possible d'établir certains constats :

- 1) Il y a peu de données probantes concernant des interventions visant spécifiquement les abus physiques sans autres formes de maltraitance.
- 2) Les données probantes indiquent que les interventions de type cognitivo-comportemental entraînent des changements positifs et significatifs, notamment auprès des parents impliqués dans les abus physiques. Cependant, davantage d'études mesurant l'impact d'autres approches sont nécessaires. À ce jour, il subsiste un manque de preuves pour conclure en la supériorité d'une approche en particulier.
- 3) La poursuite d'études sur le sujet, auprès de populations plus grandes et mieux définies, impliquant des interventions de différents types, des méthodes de mesures standardisées et des périodes de suivi suffisamment longues pour évaluer l'impact des interventions sur la récurrence d'abus physiques, est indispensable.
- 4) Il importe de considérer les particularités liées à l'intervention des populations immigrantes qui commettent des gestes d'AP et d'adapter les interventions existantes, tout en assurant des partenariats avec des organismes dédiés aux communautés culturelles.
- 5) Sur le plan légal, bien que l'Entente multisectorielle soit pertinente pour l'intervention en abus physique, elle comporte des difficultés d'application, notamment auprès des minorités culturelles.
- 6) Peu des interventions réalisées au Québec sont formalisées et documentées pour les cas d'abus physiques sans cooccurrence. Il est essentiel de répertorier et d'évaluer les initiatives et pratiques innovantes développées par certaines équipes afin de s'en inspirer.

En somme, les résultats justifient l'importance de poursuivre la recherche dans le but d'améliorer les interventions destinées aux enfants victimes d'AP et leurs parents et ainsi prévenir la récurrence de cette problématique.

Références¹⁰

- *Acton, R. G. et During, S. M. (1992). Preliminary results of aggression management training for aggressive parents. *Journal of Interpersonal Violence*, 7(3), 410-417.
- Association des centres jeunesse du Québec (2014). *Bilan des directeurs de la protection de la jeunesse / des directeurs provinciaux 2014 – Avec l'énergie du premier jour*. Montréal, Canada : Association des centres jeunesse du Québec.
- Association des centres jeunesse du Québec (2015). *Bilan des directeurs de la protection de la jeunesse / des directeurs provinciaux 2015 – La voix des enfants*. Montréal, Canada : Association des centres jeunesse du Québec.
- Berit, V. (2010). *Guide de soutien à la pratique en abus physique chez les enfants âgés de 0 à 11 ans*. Montréal, Canada : Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire.
- Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire (2014). *Rapport d'activités 2013-2014*. Québec, Canada : Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire.
- *Chaffin, M., Silovsky, J. F., Funderburk, B., Valle, L. A., Brestan, E. V., Balachova, T., Jackson, S., Lensgraf, J. 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*, 71(3), 500-510. doi:10.1037/0022-006X.72.3.500
- Chamberland, C. (2003). *Violence parentale et violence conjugale. Des réalités plurielles, multidimensionnelles et interreliées*. Sainte-Foy, Canada : Presses de l'Université du Québec.
- Chamberland, C., Laporte, L. et Lavergne, C. (2003). Définir et reconnaître la violence faite aux enfants et aux femmes en contexte familial : considération éthique, théorique et empirique. Dans C. Chamberland (dir.), *Violence parentale et violence conjugale. Des réalités plurielles, multidimensionnelles et interreliées* (p. 7-62). Sainte-Foy, Canada : Presses de l'Université du Québec.
- Christian, C. W. (2012). *La violence physique à l'égard des enfants : un tour d'horizon*. Récupéré le 12 janvier 2016 du site : <http://www.enfant-encyclopedie.com/Pages/PDF/ChristianFRxp1.pdf>
- Cicchetti, D. et Valentino, K. (2006). An ecological-transactional perspective on child maltreatment: Failure of the average expectable environment and its influence on child development. Dans D. Cicchetti et D. Cohen (dir.), *Developmental psychopathology risk, disorder, and adaptation* (p. 129–201). New Jersey, NJ: John Wiley & Sons.
- Clément, M.-È. (2009). La violence physique envers les enfants. Dans M.-È. Clément et S. Dufour (dir.), *La violence à l'égard des enfants en milieu familial* (p. 15-30). Anjou, Canada : Éditions CEC.
- Clément, M.-È. et Dufour, S. (2009). *La violence à l'égard des enfants en milieu familial*. Anjou, Canada : Éditions CEC.
- Clément, M.-È. (2011). La violence physique envers les enfants: Le cas particulier de la punition corporelle. *Revue de Psychoéducation*, 40(1), 121–134.
- Clément, M.-È., Bernèche, F., Chamberland, C. et Fontaine, C. (2013). *La violence familiale dans la vie des enfants du Québec, 2012*. Sainte-Foy, Canada: Institut de la Statistique du Québec.

¹⁰ Les références marquées d'un astérisque (*) sont celles retenues à partir de la littérature scientifique.

- *Clément, M.-È. et Côté, K. (2004). Description et efficacité d'un programme d'éducation parentale offert à une communauté ethnique minoritaire de Montréal. *Intervention*, 120, 54-63.
- Couture, M. et Francis, A. (2015). *La crédibilité des documents en ligne*. Récupéré le 10 février 2016 du site de la TÉLUQ : <http://benhur.telug.quebec.ca/ST/sciences/sci1021/evalweb.htm>
- Dufour, S. (2009). Les enjeux liés à l'étude de la violence en milieu familial. Dans M.-È. Clément et S. Dufour (dir.), *La violence à l'égard des enfants en milieu familial* (p. 1-14). Anjou, Canada : Éditions CEC.
- Dufour, S. et Chamberland, C. (2003). *L'efficacité des interventions en protection de l'enfance. Recension des écrits*. Montréal, Canada : Centre d'excellence pour la protection et le bien-être des enfants.
- Goldman Fraser, J., Lloyd, S.W., Murphy, R. A., Crowson, M. M., Casanueva, C., Zolotor, A., Coker-Schwimmer, M., Letourneau, K., Gilbert, A., Swinson Evans, T., Crotty, K., Viswanathan, M. (2013). *Child Exposure to Trauma: Comparative Effectiveness of interventions Addressing Maltreatment. Comparative Effectiveness Review No. 89*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. <https://effectivehealthcare.ahrq.gov/ehc/products/298/1422/trauma-interventions-maltreatment-child-report-130516.pdf>
- Gouvernement du Québec (2001). *Entente multisectorielle relative aux enfants victimes d'abus sexuels, de mauvais traitements physiques ou d'une absence de soins menaçant leur santé physique*. Québec, Canada : Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Gouvernement du Québec (2010). *Manuel de référence sur la protection de la jeunesse*. Québec, Canada : Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.
- Gouvernement du Québec (2016). *Loi sur la protection de la jeunesse*. Récupéré le 18 septembre 2015 du site du Gouvernement du Québec : http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/P_34_1/P34_1.html
- Gouvernement du Québec (2016). *Bilan des directeurs de la protection de la jeunesse / des directeurs provinciaux 2015 – Les mauvais traitements psychologiques un mal silencieux*. Québec, Canada, Institut national d'excellence en santé et en services sociaux.
- Higgins, J.P.T. et Green, S. (2011). *Cochrane Handbook for Systematic Review of Interventions*. Récupéré le 14 octobre 2015 du site The Cochrane Collaboration : <http://handbook.cochrane.org>
- Howes, P., Cicchetti, D., Toth, S. L. et Rogosch, F. (2000). Affective, organizational, and relational characteristics of maltreating families: A systems perspective. *Journal of Family Psychology*, 14(1), 95-110. doi: 10.1037/0893-3200.14.1.95
- Huberman, M. A. et Miles, M. B. (1991). *Analyse des données qualitatives: recueil de nouvelles méthodes*. Bruxelles, Belgique: De Boeck Université.
- Huberman, M. A. et Miles, M. B. (1994). Data management and analysis methods. Dans N. K. Denzin et Y. S. Lincoln (dir.), *Handbook of Qualitative Research* (p. 428-444). Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.
- lasenza, I. et Lavergne, C. (2007). *Programme clientèle en abus physique. Mandat de développement clinique, Rapport d'étape*. Montréal, Canada : Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire.
- *Jouriles, E. N., McDonald, R., Rosenfield, D., Norwood, W. D., Spiller, L., Stephens, N., Corbitt-Shindler, D. et Ehrensaft, M. (2010). Improving parenting in families referred for child

- maltreatment : A randomized controlled trial examining effects of project support. *Journal of Family Psychology*, 24(3), 328-338. doi:10.1037/a0019281
- Kennedy, S. C., Kim, J. S., Tripodi, S. J., Brown, S. M. et Gowdy, G. (2016). Does Parent–Child Interaction Therapy reduce future physical abuse? A meta-analysis. *Research on Social Work Practice*, 26(2), 147-156. doi: 10.1177/1049731514543024
- *Kolko, D. (1996b). 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. doi: 10.1177/1077559596001004004
- Larrivée, M.-C. (2005). L'abus physique et sa cooccurrence avec d'autres formes de mauvais traitements. Ampleur du phénomène et contribution à une étiologie différentielle (thèse de doctorat). Université du Québec à Montréal, Montréal, Canada.
- Larrivée, 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.
- Larrivée, M.-C., Tourigny, M. et Bouchard, C. (2007). Child physical abuse with and without other forms of maltreatment: Dysfunctionality versus dysnormality. *Child Maltreatment*, 12(4), 303-313.
- MacMillan, H. (2012). *Maltraitance des enfants – Synthèse*. Récupéré le 12 janvier 2016 du site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/Pages/PDF/synthese-maltraitance.pdf>
- Miles, M. B. et Huberman, A. M. (2003). *Analyse des données qualitatives* (2^e éd.). Bruxelles, Belgique: De Boeck.
- Miller-Perrin, C. L. et Perrin, R. D. (2007). *Child maltreatment: An introduction* (2^e éd.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Pauzé, R. et al. (2015). Modèle explicatif de l'abus physique : Théorie du problème. Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire.
- Roy, C. (2012). *L'évaluation des technologies et des modes d'intervention en services sociaux. Aide-mémoire rédigé dans le cadre des rencontres du comité UETMISSS*. Montréal, Canada : Institut national d'excellence en santé et en services sociaux.
- *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 and Family Behavior Therapy*, 32(3), 196–218. doi:10.1080/07317107.2010.500515
- *Swenson, C. C., Schaeffer, C. M., Henggeler, S. W., Faldowski, R. et Mayhew, A. M. (2010). Multisystematic therapy for child abuse and neglect: A randomized effectiveness trial. *Journal of Family Psychology*, 24(4), 497-507. doi:10.1037/a0020324
- *Terao, S. Y. (1999). *Treatment effectiveness of parent child interaction therapy with physically abusive parent-child dyads* (thèse de doctorat). University of the Pacific, Stockton, États-Unis.
- *Thomas, R. et Zimmer-Gembeck, M. J. (2012). Parent-Child Interaction Therapy: An evidence-based treatment for child maltreatment. *Child Maltreatment*, 17(3), 253-266. doi:10.1177/1077559512459555
- Tourigny, M., Mayer, M., Wright, J., Lavergne, C., Trocmé, N., Hélie, S., ...Larrivée, M.-C. (2002). *Étude sur l'incidence et les caractéristiques des situations d'abus, de négligence, d'abandon et de troubles de comportement sérieux signalées à la Direction de la protection de la jeunesse au Québec (ÉIQ)*. Montréal, Canada : Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociales.
- Trocmé, N., Fallon, B., MacLaurin, B., Daciuk, J., Felstiner, C., Black, T., ...Cloutier, R. (2005). *Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence*

- envers les enfants – 2003, Données principales.* Ottawa, Canada : Ministre des Travaux publics et des Services gouvernementaux du Canada.
- Trocmé, N., Fallon, B., MacLaurin, B., Sinha, V., Black, T., Fast, E., ...Holroyd, J. (2010). *Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants – 2008 : Données principales.* Ottawa, Canada : Agence de la santé publique du Canada.
- Turcotte, D. (2009). *Méthodes de recherche qualitative* [Notes de cours]. Québec, Canada: Université Laval.
- U.S. Department of Health and Human Services. (2015). *Child Maltreatment 2013.* Washington, DC: Administration on Children, Youth and Families.

Annexe A – Catégories et mots-clés utilisés pour la recherche documentaire

Catégories	Mots-Clés	
Maltraitance/abus/abus physique	child physical abuse child (re)abuse poly-victimization physically abused child maltreatment	physical abuse trauma multiple form of abuse multiple maltreatment types multi-type maltreatment
Intervention/programme	intervention intervention child physical abuse program	program child physical abuse prog* treatment
Efficacité/implantation	effic* efficacy efficacity effectiveness	efficiency implement* applica* applicability
Éthique et légal	ethic* ethical issues	legal moral
Sécurité/protection	safety security	protection child protection
Meilleures pratiques	best practice evidence based evidence based practice standards guidelines best practice evidence based best practice	effectiveness policy outcome issue implications considerations impact
Ethnoculturelle	ethnocultural ethnoculturally cross cultural differences socioculturalfactors	culture cultural sensitivity cultural factors
Santé	health healthstatus	physicalhealth mental health

Annexe B – Grille d'extraction des données issues des études primaires

Titre	
Auteur(s)	
Année de publication	
Pays où l'étude a été réalisée	
Type de document et devis de l'étude	
Caractéristiques des participants, taille de l'échantillon	
Caractéristiques de l'intervention	
Mesures	
Résultats	

Annexe C – Canevas d’entrevue : Intervenants

Thème 1 – Vos pratiques

- 1) Quelles sont vos pratiques en termes d’intervention dans les cas d’abus physique?
 - Sont-elles efficaces?
 - Avez-vous des besoins?
 - Est-ce une pratique spécifique à l’abus physique ou plutôt générale sans égard à la problématique
- 2) Est-ce que certaines méthodes d’intervention destinées spécifiquement aux enfants victimes d’abus physique et à leur famille se sont développées dans vos milieux (méthodes formelles ou non)?
 - Si oui, pouvez-vous me décrire ces méthodes?
 - Si oui, en quoi sont-elles efficaces ou non?
 - Si oui, quels sont les effets indésirables?
- 3) Comment qualifieriez-vous l’état de santé (physique et mentale) des enfants victimes d’abus physique suivis en centre jeunesse, au moment de l’intervention?
 - Est-ce que les modèles d’intervention dont vous me parlez tiennent compte de l’état de santé des jeunes?
 - Si oui, de quelle façon?
- 4) Avez-vous des besoins en termes d’intervention dans les cas d’abus physique?
 - Si oui, quels sont vos besoins?
- 5) Quels sont vos impressions par rapport aux modèles d’intervention (issus de la littérature) suggérés?
 - Qui doit-on cibler par l’intervention (parents non abuseurs, parents abuseurs, enfants, fratrie)?
 - Que pensez-vous du fait qu’un enfant ayant été victime d’abus physique ait des contacts avec son agresseur?
- 6) Quels sont les aspects moraux et éthiques (ce qui est acceptable) à considérer selon vous lors de l’intervention auprès d’enfants victimes d’abus physique et de leur famille?
- 7) Est-ce que vos interventions tiennent compte de l’origine ethnique des jeunes?
 - Si oui, de quelle façon?
 - Existe-t-il des interventions spécifiques aux enfants issus de communautés culturelles?
 - Est-ce que les enfants issus de communautés culturelles devraient bénéficier d’une intervention différente?

Thème 2 – Trajectoire de services

- 1) Quel est le cheminement type dans l’intervention auprès des enfants victimes d’abus physique?
 - Est-ce efficace?
 - Est-ce qu’il y a des effets indésirables?
 - Feriez-vous des modifications? Si oui, lesquelles?
 - Avez-vous des besoins?
- 2) Avez-vous recours à la trajectoire socio-judiciaire (ou Entente multisectorielle)?
 - Si oui, comment cela se déroule?
 - À quel moment enclenchez-vous ce processus?
 - Dans quelle situation utilisez-vous cette trajectoire?
- 3) Quels sont les aspects légaux à considérer en lien avec la pratique en centre jeunesse concernant les enfants victimes d’abus physique et de leur famille (trajectoire socio-judiciaire/Entente multisectorielle, contact avec le parent abuseur et le parent non abuseur, etc.)?

Annexe D – Canevas d’entrevue : Gestionnaires

Thème 1 – Vos pratiques

- 1) Quelles sont vos pratiques en termes d’intervention dans les cas d’abus physique?
 - Sont-elles efficaces?
 - Avez-vous des besoins?
 - Est-ce une pratique spécifique à l’abus physique ou plutôt générale sans égard à la problématique
 - Comment encadrez-vous les interventions aux prises avec des cas d’abus physique?
- 2) Est-ce que certaines méthodes d’intervention destinées spécifiquement aux enfants victimes d’abus physique et à leur famille se sont développées dans vos milieux (méthodes formelles ou non)?
 - Si oui, pouvez-vous me décrire ces méthodes?
 - Si oui, en quoi sont-elles efficaces ou non?
 - Si oui, quels sont les effets indésirables?
- 3) Comment qualifieriez-vous l’état de santé (physique et mentale) des enfants victimes d’abus physique suivis en centre jeunesse, au moment de l’intervention?
 - Est-ce que les modèles d’intervention dont vous me parlez tiennent compte de l’état de santé des jeunes?
 - Si oui, de quelle façon?
- 4) Avez-vous des besoins en termes d’intervention dans les cas d’abus physique?
 - Si oui, quels sont vos besoins?
- 5) Quels sont vos impressions par rapport aux modèles d’intervention (issus de la littérature) suggérés?
 - Qui doit-on cibler par l’intervention (parents non abuseurs, parents abuseurs, enfants, fratrie)
 - Que pensez-vous du fait qu’un enfant ayant été victime d’abus physique ait des contacts avec son agresseur?
- 6) Quels sont les aspects moraux et éthiques (ce qui est acceptable) à considérer selon vous lors de l’intervention auprès d’enfants victimes d’abus physique et de leur famille?
- 7) Est-ce que vos interventions tiennent compte de l’origine ethnique des jeunes?
 - Si oui, de quelle façon?
 - Existe-t-il des interventions spécifiques aux enfants issus de communautés culturelles?
 - Est-ce que les enfants issus de communautés culturelles devraient bénéficier d’une intervention différente?

Thème 2 – Trajectoire de services

- 1) Quel est le cheminement type dans l’intervention auprès des enfants victimes d’abus physique?
 - Est-ce efficace?
 - Est-ce qu’il y a des effets indésirables?
 - Feriez-vous des modifications? Si oui, lesquelles?
 - Avez-vous des besoins?
- 2) Avez-vous recours à la trajectoire socio-judiciaire (ou Entente multisectorielle)?
 - Si oui, comment cela se déroule?
 - À quel moment enclenchez-vous ce processus?
 - Dans quelle situation utilisez-vous cette trajectoire?
- 3) Quels sont les aspects légaux à considérer en lien avec la pratique en centre jeunesse concernant les enfants victimes d’abus physique et de leur famille (trajectoire socio-judiciaire/Entente multisectorielle, contact avec le parent abuseur et le parent non abuseur, etc.)?

Annexe E – Canevas d’entrevue : Infirmiers

Thème 1 – Vos pratiques

- 1) Quelles sont vos pratiques en termes d’intervention dans les cas d’abus physique?
 - Sont-elles efficaces?
 - Avez-vous des besoins concernant l’intervention en abus physique?
 - Est-ce une pratique spécifique à l’abus physique ou plutôt générale sans égard à la problématique?
- 2) Est-ce que certaines méthodes d’intervention destinées spécifiquement aux enfants victimes d’abus physique et à leur famille se sont développées dans vos milieux (milieux formels ou non)?
 - Si oui, pouvez-vous me décrire ces méthodes?
 - Si oui, en quoi sont-elles efficaces ou non?
 - Si oui, quels sont ces effets indésirables?
 - Implication pour corroborer les faits/blessures?
 - Rencontres parents et, si oui, que faites-vous avec eux?
- 3) Comment qualifiez-vous l’état de santé (physique et mentale) des enfants victimes d’abus physique lorsque vous les rencontrez?
 - Est-ce que les modèles d’intervention dont vous me parlez tiennent compte de l’état de santé des jeunes?
 - Si oui, de quelle façon?
- 4) Avez-vous des besoins en termes d’intervention dans les cas d’abus physique?
 - Si oui, quels sont ces besoins?
- 6) Quels sont les aspects moraux et éthiques (ce qui est acceptable) à considérer selon vous lors de l’intervention auprès d’enfants victimes d’abus physique et de leur famille?
 - Déshabiller l’enfant pour évaluation? Quel contexte (ex. présomption, faits fondés)
 - Est-ce que vos interventions tiennent compte de l’origine ethnique des jeunes? Si oui, de quelle façon?

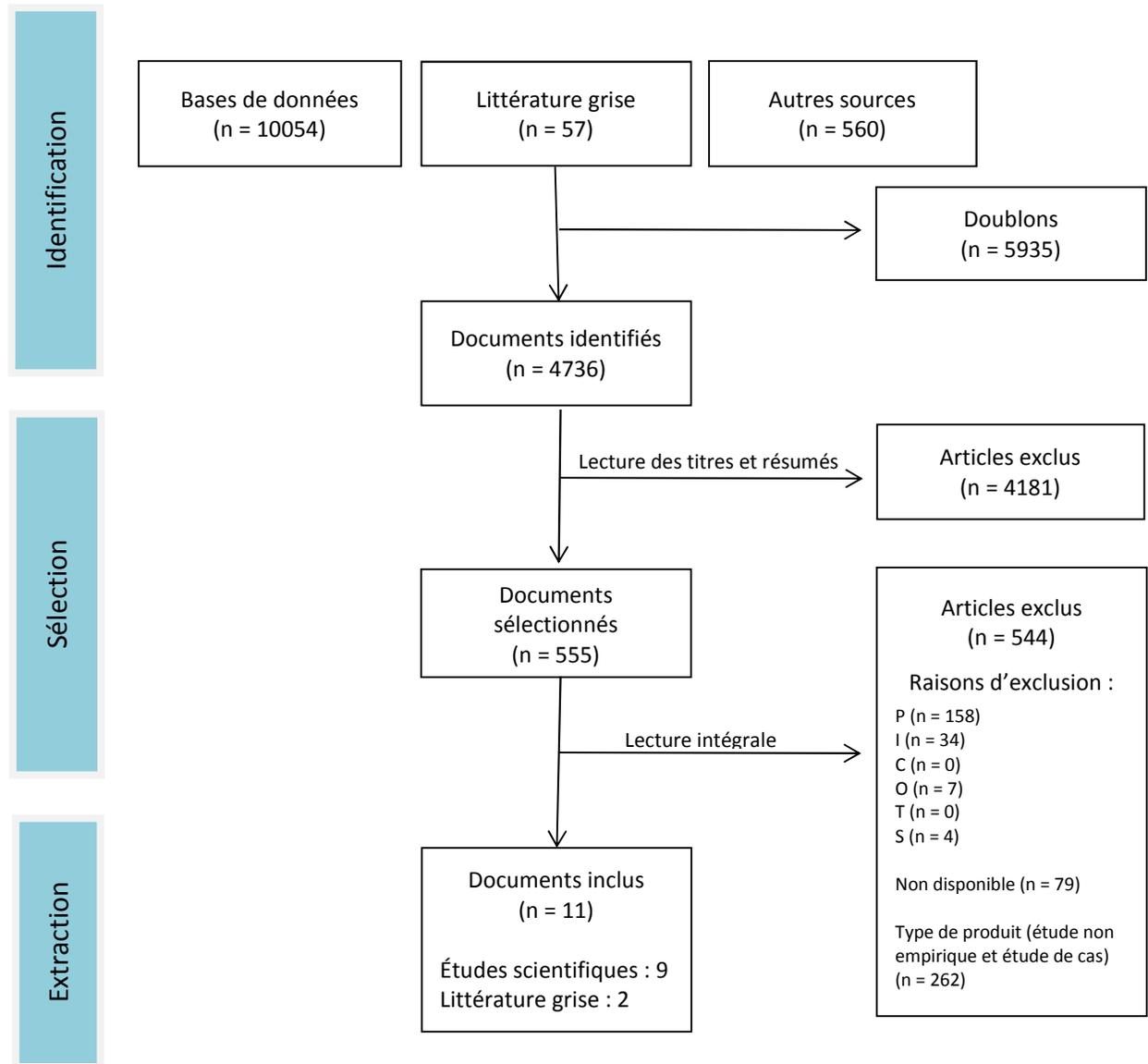
Thème 2 – Trajectoire de services

- 1) Quel est le cheminement type dans l’intervention auprès des enfants victimes d’abus physique?
 - Est-ce efficace?
 - Est-ce qu’il y a des effets indésirables?
 - Feriez-vous des modifications? Si oui, lesquelles?
- 2) Avez-vous recours à la trajectoire socio-judiciaire (ou Entente multisectorielle)?
 - Si oui, comment cela se déroule?
 - À quel moment?
 - Dans quelle situation?
- 3) Que pensez-vous du recours à la trajectoire socio-judiciaire?
 - Est-ce aidant?
 - Est-ce que des aspects pourraient être améliorés? Si oui, lesquels?
- 4) Quels sont les aspects légaux à considérer en lien avec votre pratique auprès des enfants victimes d’abus physique et de leur famille?

Annexe F – Canevas d’entrevue : Expert

- Quel est l’état des connaissances concernant les meilleures pratiques d’intervention auprès d’enfants victimes d’abus physique et leur famille?
- Quelles sont, à ce jour, les meilleures pratiques d’intervention connues auprès des enfants victimes d’abus physique et leur famille?
 - Sont-elles efficaces?
 - Est-ce une pratique spécifique à l’abus physique ou plutôt générale sans égard à la problématique?
 - Est-ce que les modèles d’intervention dont vous me parlez tiennent compte de l’état de santé des jeunes?
 - Si oui, de quelle façon?
- Y a-t-il des besoins concernant les meilleures pratiques d’intervention auprès des enfants victimes d’abus physique et leur famille?
 - Développer de nouvelles pratiques?
 - Quelles caractéristiques devrait-on retrouver concernant ces pratiques?
 - Améliorer les pratiques existantes?
- Y a-t-il des lacunes dans ces pratiques d’intervention, des éléments qui devraient être améliorées?
 - Si oui, lesquelles?
- Selon vous, est-ce que certaines méthodes d’intervention auprès des enfants victimes peuvent avoir des effets indésirables?
 - Si oui, quelles sont ces méthodes?
 - Si oui, quels sont ces effets indésirables?
- Quels sont vos impressions par rapport aux modèles d’intervention (issus de la littérature) suggérés?
 - Qui doit-on cibler par l’intervention (parents non abuseurs, parents abuseurs, enfants, fratrie)?
 - Que pensez-vous du fait qu’un enfant ayant été victime d’abus physique ait des contacts avec son agresseur?
- Comment qualifieriez-vous l’état de santé (physique et mentale) des enfants victimes d’abus physique suivis en centre jeunesse, au moment de l’intervention?
- Selon vous, quels sont les aspects légaux à considérer en lien avec la pratique concernant les enfants victimes d’abus physique et leur famille (trajectoire socio-judiciaire/entente multisectorielle, contact avec le parent abuseur et le parent non abuseur, etc.)?
- Selon vous, quels sont les aspects moraux et éthiques (ce qui est acceptable) à considérer lors de l’intervention auprès des enfants victimes d’abus physique et leur famille?
- Que pensez-vous du fait qu’un enfant ayant été victime d’abus physique ait des contacts avec son agresseur?
- Est-ce que les enfants issus de communautés culturelles devraient bénéficier d’une intervention différente?
- Existe-t-il des interventions spécifiques aux enfants issus de communautés culturelles?

Annexe G - Diagramme de sélection des études issues de la littérature scientifique et des documents issus de la littérature grise



Annexe H – Description des programmes

Parent-Child Interaction Therapy (PCIT)

Sources: Chaffin *et al.* (2004); Terao (1999)

Autres références utilisées : National Child Traumatic Stress Network (2008); Niec, Eyberg et Chase (2012)

Le *Parent-Child Interaction Therapy* (PCIT) a été mis sur pied aux États-Unis au début des années 1970 par Sheila Eyberg. Il s'agit d'une intervention destinée aux parents ayant des enfants aux prises avec des troubles comportementaux tels que de l'agressivité, des crises de colère ou encore des réactions d'opposition. Objectifs. Plusieurs objectifs sont visés lors de l'application de cette intervention, dont les suivants : (1) amélioration de la relation entre le parent et son enfant; (2) diminution des troubles comportementaux chez l'enfant et augmentation des comportements prosociaux chez ce dernier; (3) amélioration des habiletés parentales et (4) diminution du stress chez le parent. Problématiques. Le PCIT a d'abord été conçu pour venir en aide aux parents dont les enfants présentent des troubles comportementaux sévères, mais il est aussi utilisé auprès d'enfants qui ont des problèmes extériorisés associés à des troubles médicaux, développementaux et neurologiques. Cette intervention est aussi mise en place auprès d'enfant présentant un trouble intériorisé comme la dépression et l'anxiété de séparation, et auprès d'enfants victimes d'abus physique et de négligence. Modalités. Le PCIT s'adresse aux parents d'enfants âgés de 2 à 12 ans et comprend entre 12 et 24 séances. Il s'agit d'une intervention de groupe où l'on enseigne aux parents de nouvelles habiletés parentales, mais aussi de type dyadique où le parent met en pratique ce qu'il a appris avec son enfant lors de rencontres individuelles. Composantes de l'intervention. L'intervention se déroule en deux étapes. (1) *Child-Directed Interaction* (CDI). Lors de cette étape, le parent apprend à suivre l'initiative de son enfant lors d'une séance de jeu. Cette première étape a pour but de montrer à l'enfant de nouvelles habiletés comme les interactions sociales positives et la coopération. Le parent est amené à utiliser différentes formes d'attention positive et à ignorer les comportements négatifs de l'enfant. Cette première étape doit être maîtrisée avant d'accéder à la suivante. (2) *Parent-Directed Interaction* (PDI). À l'instar de la première étape, le parent doit prendre l'initiative et diriger le comportement de l'enfant lorsque nécessaire. Le parent apprend à donner des directives directes, spécifiques et positives, adaptées à l'âge de l'enfant en plus de les énoncer une à la fois. Le parent apprend également qu'il doit expliquer à l'enfant les raisons de la directive avant de la donner ou après qu'il l'ait donnée. Après la complétion des deux étapes, quatre à six séances sont ajoutées afin d'aborder les problématiques rencontrées par les parents et que les enfants puissent acquérir diverses habiletés sociales.

Standard Parent-Child Interaction Therapy (S/PCIT)

Source : Thomas et Zimmer-Gembeck (2012)

Le *Standard Parent-Child Interaction Therapy (S/PCIT)* est un dérivé du PCIT présenté précédemment et il a le même but et objectifs que ce dernier. Il s'agit aussi d'une intervention qui se déroule en deux étapes, mais, contrairement au PCIT, le parent n'a pas à devoir maîtriser la première étape (CDI) pour accéder à la seconde (PDI). Ainsi, les parents ayant accès à ce programme complètent moins de séances (maximum de 12).

Individual Child and Parent Cognitive-Behavioral Treatment (CBT)

Sources : Kolko (1996b)

L'*Individual Child and Parent Cognitive-Behavioral Treatment (CBT)* a été conçu aux États-Unis. But. Le CBT vise à enseigner, au parent et à l'enfant, diverses habiletés intrapersonnelles et interpersonnelles. Modalités. La dyade bénéficie d'au moins 12 séances d'une heure s'étalant sur une période de 16 semaines au cours desquelles ceux-ci sont vus individuellement par deux intervenants. Toutefois, les deux parties bénéficient d'un protocole commun et complémentaire basé sur les principes de la théorie cognitivo-comportementale qui cherche à modifier les cognitions, les affects et les comportements des participants. Composantes de l'intervention. (1) Intervention auprès de l'enfant. La première moitié des séances abordent les facteurs de stress familiaux, la violence (physique et psychologique) en plus de proposer à l'enfant un entraînement en lien avec les habiletés d'adaptation et de contrôle de soi. La deuxième moitié des séances, quant à elles, met l'accent sur l'acquisition d'habiletés interpersonnelles ayant comme but de minimiser les chances que l'enfant subisse de mauvais traitements physiques. (2) Intervention auprès du parent. Les premières rencontres avec l'intervenant couvrent les sources de stress auxquelles sont confrontés les parents, l'utilisation de la punition corporelle, les attentes qu'il a envers son enfant et des techniques pouvant améliorer la maîtrise de soi. Lors des rencontres de mi-parcours, l'intervention enseigne au parent quelques principes comportementaux et des alternatives à la punition corporelle.

Combined Parent-Child Cognitive Behavioral Therapy (CPC-CBT)

Sources: Runyon *et al.* (2010)

Autres références utilisées : California Evidence-Based Clearinghouse for Child Welfare (2015a); National Child Traumatic Stress Network (2009); National Child Traumatic Stress Network (2015)

Le *Combined Parent-Child Cognitive Behavioral Therapy (CPC-CBT)* a été développé aux États-Unis par Melissa K. Runyon avec la collaboration d'Esther Deblinger. But. Le but du CPC-CBT est de réduire les symptômes de stress posttraumatique et de dépression, de diminuer les problèmes comportementaux de l'enfant, d'augmenter les habiletés parentales et la capacité d'adaptation des parents, d'augmenter l'empathie du parent envers son enfant, d'améliorer la relation entre le parent et son enfant en plus de diminuer le recours à la punition corporelle chez l'enfant. Problématiques. Cette intervention est préconisée auprès d'enfants victimes

d'abus physiques, de punitions corporelles et lorsqu'un conflit important est présent entre le parent et l'enfant. Elle est aussi conçue pour les enfants témoins de violence conjugale et pour ceux ayant subi des abus sexuels en cooccurrence avec de l'abus physique. Les enfants présentant des symptômes de stress posttraumatique, de dépression, de troubles extériorisés ou tout autre type de problèmes comportementaux ne sont pas exclus de l'intervention. Modalités. Cette intervention est destinée aux enfants âgés de 3 à 17 ans et à leurs parents, et elle comprend entre 16 et 20 séances. Le CPC-CBT est offert selon deux formats : individuel (séances de 90 minutes où le parent et l'enfant sont vus séparément au début de la rencontre puis ensemble à la fin) et de groupe (séances de 120 minutes selon la même modalité que les rencontres individuelles). Dans les deux formats d'intervention, le parent et l'enfant sont vus individuellement au début de la rencontre puis ensemble à la fin de celle-ci. Composantes de l'intervention. L'intervention comprend quatre phases : (1) engagement et psychoéducation (amener le parent à s'engager dans l'intervention et le motiver afin qu'il modifie son comportement); (2) construction des habiletés d'adaptation (redonner aux parents le pouvoir d'agir tout en travaillant en collaboration avec eux); (3) sécurité familiale (développer avec tous les membres de la famille un plan d'action sécuritaire) et (4) clarification de l'abus (le parent écrit une lettre à son enfant en lien avec l'abus qu'il lui a fait subir et l'enfant aborde ses pensées et ses sentiments en lien avec l'abus).

Multisystemic Therapy for Child Abuse and Neglect (MST-CAN)

Source : Swenson *et al.* (2010)

Autres références utilisées : California Evidence-Based Clearinghouse for Child Welfare (2015b); Multisystemic Therapy for Child Abuse and Neglect (2016); National Institute of Justice (s.d.); Swenson et Schaeffer (2012).

Le *Multisystemic Therapy for Child Abuse and Neglect (MST-CAN)* a été mis sur pied aux États-Unis par Cynthia Cupit Swenson. But. La mission du MST-CAN est de garder la famille ensemble (éviter le placement de l'enfant), de s'assurer que l'enfant est en sécurité, de prévenir l'abus et la négligence, de réduire les difficultés liées à la santé mentale chez le parent et l'enfant et d'augmenter le support social. Objectifs. Les objectifs de l'intervention sont déterminés par les membres de la famille et l'intervenant. Ils varient donc d'une famille à une autre. Problématiques. Le MST-CAN est une adaptation du Standard Multisystemic Therapy qui, initialement, était destiné au jeune ayant un comportement antisocial et à sa famille. La version présentée ici a été mise sur pied afin d'aider les familles où des situations d'abus physique et/ou de négligence sont présentes. Modalités. Cette intervention s'appuie sur le modèle écologique de Bronfenbrenner et s'adresse aux jeunes de 6 à 17 ans et leur famille. Il s'agit d'une intervention intensive comprenant un minimum de trois séances par semaine pour une période de six à neuf mois. Les interventions sont menées à la maison et des intervenants sont disponibles en tout temps (incluant soir, nuit et fin de semaine). Composantes de l'intervention. L'intervenant travaille, avec les membres de la famille, à atteindre les objectifs fixés au départ. Toutefois, la sécurité de l'enfant demeure une composante majeure du programme et elle est présente chez toutes les familles. Lorsque nécessaire, les intervenants utilisent la thérapie

cognitivo-comportementale pour la gestion de la colère et le traumatisme découlant des abus, la thérapie familiale pour améliorer la communication au sein de la famille, l'analyse fonctionnelle pour les conflits familiaux et l'utilisation de la force envers les enfants en plus de clarifier l'abus avec les membres de la famille.

Aggression management training for aggressive parents (AMTAP)

Source : Acton et During (1992)

L'*Aggression management training for aggressive* (AMTAP) parents a été implanté au Canada. But. Le but de ce programme est d'amener le parent abuseur à gérer son agressivité. Modalités. Cette intervention de groupe destinée aux parents s'étend sur une période de 13 séances hebdomadaires de 90 minutes. Chacune des séances débute avec un retour sur les succès des participants quant aux objectifs qu'ils devaient accomplir durant la semaine, suivi d'une courte lecture concernant une nouvelle habileté à acquérir. Les participants mettent en pratique cette nouvelle habileté en se pratiquant entre eux et la séance se termine par une discussion de groupe où ils abordent la manière dont ils vont appliquer cette habileté à la maison. Composantes de l'intervention. Quatre composantes font partie intégrante de l'intervention : (1) gestion de la colère; (2) habiletés de communication; (3) résolution de problèmes et (4) amélioration de l'empathie.

Project Support (PS)

Source : Jouriles *et al.* (2010)

But. Cette intervention est conçue pour décroître le recours à la punition corporelle (*aggressive discipline*) et accroître les compétences parentales. Problématiques. Initialement, ce programme a été conçu pour réduire les troubles comportementaux de l'enfant dont la famille (mère et enfant) quittait le centre d'hébergement pour femmes victimes de violence conjugale. Modalités. Project Support est offert au domicile familial une fois par semaine jusqu'à concurrence de huit mois. Les séances sont d'une durée de 60 à 90 minutes et la flexibilité de l'intervention permet à l'intervenant d'aborder les besoins spécifiques de la famille. Composantes de l'intervention. Deux composantes font partie de l'intervention : (1) enseigner au parent comment gérer le comportement de son enfant (augmentation du comportement désiré chez l'enfant, diminution du comportement problématique, meilleure communication entre le parent et l'enfant, relation plus positive et chaleureuse entre la dyade). Cette composante est atteinte à l'aide de l'enseignement, de la pratique et de la rétroaction. (2) Fournir au parent un support instrumental et émotionnel.

Éduquons nos enfants sans corrections physiques (EESCP)

Source : Clément et Côté (2004)

But : Ce programme vise à diminuer le recours à la punition physique et favoriser l'adoption de conduites disciplinaires non violentes chez des familles issues d'une communauté ethnique.

Modalités. Le programme propose aux parents 4 rencontres de groupe d'une durée de 3 heures, à raison d'une rencontre par semaine, et s'adresse aux familles haïtiennes de Montréal.

Composantes de l'intervention. Le programme comporte deux volets : un qui cible les parents et un qui s'adresse aux enfants. Les objectifs du programme auprès du parent sont de : (1) Sensibiliser les parents aux rôles et fonctions des institutions québécoises. (2) Renforcer la confiance des familles dans les services et institutions québécoises. (3) Offrir un meilleur soutien social aux parents. (4) Diminuer la préférence et l'utilisation des punitions corporelles. (5) Apprendre aux parents l'utilisation des méthodes disciplinaires à l'égard des enfants autres que les corrections physiques. (6) Prévenir les signalements à la DPJ et réduire l'intervention institutionnelle. La portion du programme destinée aux enfants (6-12 ans) est une formation appelée « Enfants avertis ». Elle permet d'aborder avec eux différents aspects de leur vie, dont les situations qui ont motivé leur présence au programme et la résolution de conflits entre pairs. Celle-ci est facultative.

Le tableau suivant synthétise les principaux éléments d'intervention considérés par chacun des programmes.

Éléments d'intervention ¹¹	Interventions dyadiques auprès du parent abuseur et de l'enfant victime d'abus				Interventions auprès du parent		Interventions familiales	
	PCIT	CBT	CPC-CBT	EESCP	AMTAP	PS	MST-CAN	FT
Enfant								
Habilités/Capacités d'adaptation		X	X					
Habilités sociales		X						
Affirmation de soi			X					
Facteurs de stress familiaux et violence		X		X				
Gestion de la colère			X					
Plan de sécurité			X				X	
Habilités de résolution de problèmes			X	X			X	
Préparation d'une lettre élogieuse			X					
Travail sur le traumatisme			X					
Lettre de clarification							X	
Parent								
Techniques de conditionnement	X	X				X		
Évitement de la critique, du sarcasme et des comportements négatifs	X							
Jeux interactifs avec l'enfant	X					X		

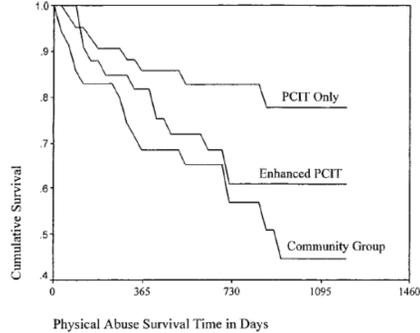
¹¹ Traduction libre

Éléments d'intervention ¹¹	Interventions dyadiques auprès du parent abuseur et de l'enfant victime d'abus				Interventions auprès du parent		Interventions familiales	
	PCIT	CBT	CPC-CBT	EESCP	AMTAP	PS	MST-CAN	FT
Attentions positives envers l'enfant (ex. écoute, réconfort, contact physique)	X					X		
Devoirs à faire à la maison	X							
Demandes appropriées (hab. communication)	X					X		
Prévoir des conséquences appropriées (retrait de privilèges, temps d'arrêt)	X	X				X		
Sources de stress et recours à la punition corporelle		X		X				
Attributions (dév. de l'enfant, attentes)		X						
Gestion de la colère		X	X					X
Habiletés/capacités d'adaptation		X	X					
Habiletés de résolution de problèmes							X	X
Plan de sécurité			X				X	
Clarification de l'abus			X				X	
Thérapie par l'exposition							X	
Amélioration de l'empathie								X
Adoption de conduites disciplinaires non violentes				X				
Rôles et fonctions des institutions québécoises				X				
Offrir un soutien social				X				
Parent/enfant (dyade)								
Mise en place quotidienne de temps d'interactions parents-enfants positifs et chaleureux	X					X		
Pratique des acquis entre parent/enfant	X	X	X			X		
Habiletés de communication						X	X	X
Amélioration des habiletés relationnelles	X							
Intervention cognitive ou comportementale	X	X	X	X		X	X	X

Annexe I – Caractéristiques des études

Cibles de l'intervention : Parent abuseur et enfant victime d'abus

1 ^{er} auteur Année Pays	Objectifs	Source Devis	Participants (N) Problématique Origine ethnique	Intervention/ Programme/ Modalités	Méthodes de collecte/ Instruments de mesure	Résultats																																																		
Chaffin 2004 États-Unis	Vérifier l'efficacité et la suffisance d'une intervention PCIT (<i>Parent-Child Intervention Therapy</i>) pour prévenir la récurrence d'AP chez des parents physiquement abusifs.	Article scientifique ECR Mesures avant, après et suivi (durée médiane de 850 jours)	110 dyades parent-enfant (4-12 ans) Abus physique : 100 % 25 % négligence (cooccurrence) Distribution aléatoire : 1. PCIT (n = 42) 2. PCIT + services individualisés (n = 33) 3. Groupes communautaires standards (services habituels) (n = 35) Ethnies : Occidentaux : 52 % Afro-américains : 40 % Hispaniques : 4 % Autres : 4 %	Parent-Child Interaction Therapy (PCIT) Intervention de groupe; 22-24 séances; Parent non-abuseur et fratrie peuvent participer à l'intervention sans être évalués	Questionnaires remplis par le parent Observations faites par un observateur indépendant Questionnaire démographique ADI BASC BDI CAP CNI DIS KBIT DPICS-II Dossier admin.	<p>Caractéristiques des participants (avant les interventions) Aucune différence statistiquement significative de maltraitance (CAP, ADI, CNI) Aucune différence statistiquement significative des caractéristiques des enfants (âge, genre, QI, BASC, KBTI) Aucune différence statistiquement significative des caractéristiques des parents (âge, QI, KBTI, drogue/alcool, DIS; personnalité antisociale, BDI, éducation, origine ethnique, statut marital, genre)</p> <p>Évolution dans le temps : Comparaison pré-test/post-test selon le traitement</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Mesures</th> <th>PCIT Pré-Post</th> <th>PCIT + services individualisés Pré-Post</th> <th>Groupe communautaire Pré-Post</th> <th>Différence PCIT vs EPCIT vs Groupe communautaire (group x time)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Problèmes de comportement extériorisé</td> <td>+</td> <td>+</td> <td>+</td> <td>ns</td> </tr> <tr> <td>Problèmes de comportement intériorisé</td> <td>+</td> <td>+</td> <td>+</td> <td>ns</td> </tr> <tr> <td>Abus</td> <td>+</td> <td>+</td> <td>+</td> <td>ns</td> </tr> <tr> <td>Rigidité du parent</td> <td>ns</td> <td>ns</td> <td>ns</td> <td>ns</td> </tr> <tr> <td>Détresse</td> <td>+</td> <td>+</td> <td>+</td> <td>ns</td> </tr> <tr> <td>Solitude/isolement du parent</td> <td>+</td> <td>+</td> <td>+</td> <td>ns</td> </tr> <tr> <td>Problèmes avec l'enfant</td> <td>ns</td> <td>ns</td> <td>ns</td> <td>ns</td> </tr> <tr> <td>Comportements parentaux positifs</td> <td>ns</td> <td>ns</td> <td>ns</td> <td>ns</td> </tr> <tr> <td>Comportements parentaux négatifs</td> <td>+</td> <td>+</td> <td>+</td> <td>+</td> </tr> </tbody> </table> <p>+ = amélioration significative $p < .05$ * $p < .01$</p> <p>Effets du PCIT vs PCIT+ services individualisés vs Groupe communautaire Diminution des comportements parentaux négatifs PCIT et EPCIT > Groupe communautaire</p> <p>Récurrence de rapports d'abus physiques (suivi moyen : 850 jours)</p>	Mesures	PCIT Pré-Post	PCIT + services individualisés Pré-Post	Groupe communautaire Pré-Post	Différence PCIT vs EPCIT vs Groupe communautaire (group x time)	Problèmes de comportement extériorisé	+	+	+	ns	Problèmes de comportement intériorisé	+	+	+	ns	Abus	+	+	+	ns	Rigidité du parent	ns	ns	ns	ns	Détresse	+	+	+	ns	Solitude/isolement du parent	+	+	+	ns	Problèmes avec l'enfant	ns	ns	ns	ns	Comportements parentaux positifs	ns	ns	ns	ns	Comportements parentaux négatifs	+	+	+	+
Mesures	PCIT Pré-Post	PCIT + services individualisés Pré-Post	Groupe communautaire Pré-Post	Différence PCIT vs EPCIT vs Groupe communautaire (group x time)																																																				
Problèmes de comportement extériorisé	+	+	+	ns																																																				
Problèmes de comportement intériorisé	+	+	+	ns																																																				
Abus	+	+	+	ns																																																				
Rigidité du parent	ns	ns	ns	ns																																																				
Détresse	+	+	+	ns																																																				
Solitude/isolement du parent	+	+	+	ns																																																				
Problèmes avec l'enfant	ns	ns	ns	ns																																																				
Comportements parentaux positifs	ns	ns	ns	ns																																																				
Comportements parentaux négatifs	+	+	+	+																																																				

1 ^{er} auteur Année Pays	Objectifs	Source Devis	Participants (N) Problématique Origine ethnique	Intervention/ Programme/ Modalités	Méthodes de collecte/ Instruments de mesure	Résultats						
						 <table border="1" data-bbox="932 592 1625 703"> <thead> <tr> <th>PCIT n = 42</th> <th>PCIT + services individualisés n = 33</th> <th>Groupe communautaire n = 35</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>8 (19 %)</td> <td>12 (36 %)</td> <td>17 (49 %)</td> </tr> </tbody> </table> <p data-bbox="932 727 1331 802"> PCIT vs groupe communautaire : $p = .02$ PCIT vs PCIT(+) : $p = .13$ (tendance) PCIT(+) vs groupe communautaire : non significatif </p> <p data-bbox="932 824 1915 873"> Diminution significative ($p < .01$) de la récurrence d'AP dans le groupe PCIT qui est partiellement médiée par une réduction des comportements d'interaction parentaux négatifs. </p> <p data-bbox="932 896 1570 920"> Aucune différence significative entre les groupes pour la récurrence de négligence. </p> <p data-bbox="932 943 1436 967"> Aucune différence significative avec l'expérience de l'intervenant. </p> <p data-bbox="932 990 1990 1039"> Les résultats supportent l'efficacité du PCIT pour réduire la récurrence d'AP chez les parents physiquement abusifs. L'hypothèse voulant que l'ajout d'autres services au PCIT (PCIT+) diminue au maximum la récurrence d'abus n'est pas confirmée. </p>	PCIT n = 42	PCIT + services individualisés n = 33	Groupe communautaire n = 35	8 (19 %)	12 (36 %)	17 (49 %)
PCIT n = 42	PCIT + services individualisés n = 33	Groupe communautaire n = 35										
8 (19 %)	12 (36 %)	17 (49 %)										

1 ^{er} auteur Année Pays	Objectifs	Source Devis	Participants (N) Problématique Origine ethnique	Intervention/ Programme/ Modalités	Méthodes de collecte/ Instruments de mesure	Résultats																																										
Terao ¹² 1999 États- Unis	Déterminer l'efficacité du PCIT auprès des parents reconnus comme des abuseurs physiques en comparaison avec les services standards.	Thèse ECR Mesures pré et post	34 dyades parent-enfant (2 à 7 ans) Abus physique : 100 % Distribution aléatoire : 1. Intervention (n = 17) 2. Contrôle – <i>Family Preservation Services</i> (FPS – services habituels) (n = 17) Ethnies : ND	PCIT Intervention de groupe; 14 séances.	Questionnaires remplis par le parent CAPI ECBI PSI	<p>Caractéristiques des participants Aucune différence statistiquement significative des caractéristiques démographiques.</p> <p>Différences entre les groupes : Comparaison PCIT vs FPS</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Mesures</th> <th>Groupes</th> <th>Moyennes Pré-test</th> <th>Moyennes Post-test</th> <th>Différence PCIT vs FPS (group x time)</th> <th>Valeurs p</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2">Abus</td> <td>PCIT</td> <td>155.50</td> <td>116.37</td> <td rowspan="2">22.16</td> <td rowspan="2">.001</td> </tr> <tr> <td>FPS</td> <td>260.29</td> <td>227.06</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">Intensité des problèmes</td> <td>PCIT</td> <td>136.18</td> <td>100.41</td> <td rowspan="2">4.59</td> <td rowspan="2">.05</td> </tr> <tr> <td>FPS</td> <td>151.06</td> <td>127.65</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">Problèmes</td> <td>PCIT</td> <td>16.65</td> <td>3.12</td> <td rowspan="2">29.38</td> <td rowspan="2">.001</td> </tr> <tr> <td>FPS</td> <td>21.47</td> <td>15.82</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">Score stress total</td> <td>PCIT</td> <td>237.44</td> <td>233.38</td> <td rowspan="2">7.32</td> <td rowspan="2">.01</td> </tr> <tr> <td>FPS</td> <td>285.94</td> <td>257.00</td> </tr> </tbody> </table> <p>Effets du PCIT > FPS (services habituels)</p> <p style="text-align: center;">PCIT vs FPS</p> <ul style="list-style-type: none"> ↓ potentiel d'abus ↓ intensité problèmes de comportements (enfant) ↓ des problèmes de comportements ↓ stress des parents <p>Les résultats suggèrent que le programme PCIT est prometteur.</p>	Mesures	Groupes	Moyennes Pré-test	Moyennes Post-test	Différence PCIT vs FPS (group x time)	Valeurs p	Abus	PCIT	155.50	116.37	22.16	.001	FPS	260.29	227.06	Intensité des problèmes	PCIT	136.18	100.41	4.59	.05	FPS	151.06	127.65	Problèmes	PCIT	16.65	3.12	29.38	.001	FPS	21.47	15.82	Score stress total	PCIT	237.44	233.38	7.32	.01	FPS	285.94	257.00
Mesures	Groupes	Moyennes Pré-test	Moyennes Post-test	Différence PCIT vs FPS (group x time)	Valeurs p																																											
Abus	PCIT	155.50	116.37	22.16	.001																																											
	FPS	260.29	227.06																																													
Intensité des problèmes	PCIT	136.18	100.41	4.59	.05																																											
	FPS	151.06	127.65																																													
Problèmes	PCIT	16.65	3.12	29.38	.001																																											
	FPS	21.47	15.82																																													
Score stress total	PCIT	237.44	233.38	7.32	.01																																											
	FPS	285.94	257.00																																													

¹² Bien qu'il s'agisse d'une thèse, les résultats sont présentés ici puisque l'auteure a réalisé une ÉCR.

1 ^{er} auteur Année Pays	Objectifs	Source Devis	Participants (N) Problématique Origine ethnique	Intervention/ Programme/ Modalités	Méthodes de collecte/ Instruments de mesure	Résultats																																																																																																																															
Thomas 2012 Australie	Établir l'efficacité du PCIT standard (S/PCIT) offert à des dyades parent-enfant engagées ou à risque de mauvais traitement en comparaison avec des parents mis sur une liste d'attente.	Article scientifique ECR Mesures pré et post	152 dyades mère-enfant (3-7 ans) Punitions corporelles : 100 % (haut risque d'AP) Distribution aléatoire : 1. S/PCIT : (n = 61) 2. Liste d'attente : (n = 91) Ethnies: ND	Standard Parent-Child Interaction Therapy (S/PCIT) Intervention de groupe; maximum de 12 séances	Questionnaires remplis par le parent Observations faites par un observateur indépendant BDI-II CAPI CBCL DPICS ECBI PSI	<p>Caractéristiques des participants Aucune différence statistiquement significative pour les caractéristiques démographiques.</p> <p>Caractéristiques des traitements Aucune différence statistiquement significative pour les abandons (<i>dropouts</i>).</p> <p>Différences entre les groupes : Comparaison S/PCIT vs liste d'attente</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Mesures</th> <th>Groupes</th> <th>Moyennes prétest</th> <th>Moyennes post-test</th> <th>Différences CBT vs CPG-CBT (group x time)</th> <th>Valeurs p</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="6">Comportements problématiques de l'enfant</td> <td rowspan="2">Comportements externalisés</td> <td>S/PCIT</td> <td>64.8</td> <td>59.0</td> <td rowspan="2">13.00</td> <td rowspan="2">.000</td> </tr> <tr> <td>Liste d'attente</td> <td>64.5</td> <td>62.9</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">Intensité des problèmes</td> <td>S/PCIT</td> <td>149.8</td> <td>133.7</td> <td rowspan="2">5.61</td> <td rowspan="2">.019</td> </tr> <tr> <td>Liste d'attente</td> <td>149.1</td> <td>143.1</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">Problèmes</td> <td>S/PCIT</td> <td>19.1</td> <td>13.5</td> <td rowspan="2">21.31</td> <td rowspan="2">.000</td> </tr> <tr> <td>Liste d'attente</td> <td>18.0</td> <td>17.5</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">Symptômes internalisés</td> <td>S/PCIT</td> <td>54.6</td> <td>49.8</td> <td rowspan="2">6.25</td> <td rowspan="2">.014</td> </tr> <tr> <td>Liste d'attente</td> <td>56.5</td> <td>55.1</td> </tr> <tr> <td rowspan="8">Caractéristiques des parents</td> <td rowspan="2">Stress dû à l'enfant</td> <td>S/PCIT</td> <td>134.4</td> <td>125.5</td> <td rowspan="2">4.27</td> <td rowspan="2">.041</td> </tr> <tr> <td>Liste d'attente</td> <td>132.5</td> <td>130.5</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">Stress dû au parent</td> <td>S/PCIT</td> <td>147.7</td> <td>144.7</td> <td rowspan="2">0.29</td> <td rowspan="2">ns</td> </tr> <tr> <td>Liste d'attente</td> <td>145.4</td> <td>144.4</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">Gestes d'abus pour discipliner l'enfant</td> <td>S/PCIT</td> <td>153.9</td> <td>137.1</td> <td rowspan="2">1.02</td> <td rowspan="2">ns</td> </tr> <tr> <td>Liste d'attente</td> <td>155.1</td> <td>149.1</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">Dépression des parents</td> <td>S/PCIT</td> <td>14.0</td> <td>12.0</td> <td rowspan="2">2.06</td> <td rowspan="2">ns</td> </tr> <tr> <td>Liste d'attente</td> <td>15.1</td> <td>11.0</td> </tr> <tr> <td rowspan="10">Comportements observés chez les parents</td> <td rowspan="2">Louanges/éloges</td> <td>S/PCIT</td> <td>3.6</td> <td>12.4</td> <td rowspan="2">41.69</td> <td rowspan="2">.000</td> </tr> <tr> <td>Liste d'attente</td> <td>3.7</td> <td>4.3</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">Descriptions/réflexions</td> <td>S/PCIT</td> <td>43.8</td> <td>61.5</td> <td rowspan="2">39.22</td> <td rowspan="2">.000</td> </tr> <tr> <td>Liste d'attente</td> <td>45.1</td> <td>46.8</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">Questions</td> <td>S/PCIT</td> <td>37.3</td> <td>16.7</td> <td rowspan="2">59.51</td> <td rowspan="2">.000</td> </tr> <tr> <td>Liste d'attente</td> <td>36.9</td> <td>35.7</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">Commandes/directives</td> <td>S/PCIT</td> <td>13.4</td> <td>7.9</td> <td rowspan="2">5.75</td> <td rowspan="2">.018</td> </tr> <tr> <td>Liste d'attente</td> <td>12.8</td> <td>10.8</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">Langage négatif</td> <td>S/PCIT</td> <td>1.7</td> <td>0.8</td> <td rowspan="2">10.19</td> <td rowspan="2">.002</td> </tr> <tr> <td>Liste d'attente</td> <td>1.3</td> <td>1.9</td> </tr> </tbody> </table>	Mesures		Groupes	Moyennes prétest	Moyennes post-test	Différences CBT vs CPG-CBT (group x time)	Valeurs p	Comportements problématiques de l'enfant	Comportements externalisés	S/PCIT	64.8	59.0	13.00	.000	Liste d'attente	64.5	62.9	Intensité des problèmes	S/PCIT	149.8	133.7	5.61	.019	Liste d'attente	149.1	143.1	Problèmes	S/PCIT	19.1	13.5	21.31	.000	Liste d'attente	18.0	17.5	Symptômes internalisés	S/PCIT	54.6	49.8	6.25	.014	Liste d'attente	56.5	55.1	Caractéristiques des parents	Stress dû à l'enfant	S/PCIT	134.4	125.5	4.27	.041	Liste d'attente	132.5	130.5	Stress dû au parent	S/PCIT	147.7	144.7	0.29	ns	Liste d'attente	145.4	144.4	Gestes d'abus pour discipliner l'enfant	S/PCIT	153.9	137.1	1.02	ns	Liste d'attente	155.1	149.1	Dépression des parents	S/PCIT	14.0	12.0	2.06	ns	Liste d'attente	15.1	11.0	Comportements observés chez les parents	Louanges/éloges	S/PCIT	3.6	12.4	41.69	.000	Liste d'attente	3.7	4.3	Descriptions/réflexions	S/PCIT	43.8	61.5	39.22	.000	Liste d'attente	45.1	46.8	Questions	S/PCIT	37.3	16.7	59.51	.000	Liste d'attente	36.9	35.7	Commandes/directives	S/PCIT	13.4	7.9	5.75	.018	Liste d'attente	12.8	10.8	Langage négatif	S/PCIT	1.7	0.8	10.19	.002	Liste d'attente	1.3	1.9
Mesures		Groupes	Moyennes prétest	Moyennes post-test	Différences CBT vs CPG-CBT (group x time)	Valeurs p																																																																																																																															
Comportements problématiques de l'enfant	Comportements externalisés	S/PCIT	64.8	59.0	13.00	.000																																																																																																																															
		Liste d'attente	64.5	62.9																																																																																																																																	
	Intensité des problèmes	S/PCIT	149.8	133.7	5.61	.019																																																																																																																															
		Liste d'attente	149.1	143.1																																																																																																																																	
	Problèmes	S/PCIT	19.1	13.5	21.31	.000																																																																																																																															
		Liste d'attente	18.0	17.5																																																																																																																																	
Symptômes internalisés	S/PCIT	54.6	49.8	6.25	.014																																																																																																																																
	Liste d'attente	56.5	55.1																																																																																																																																		
Caractéristiques des parents	Stress dû à l'enfant	S/PCIT	134.4	125.5	4.27	.041																																																																																																																															
		Liste d'attente	132.5	130.5																																																																																																																																	
	Stress dû au parent	S/PCIT	147.7	144.7	0.29	ns																																																																																																																															
		Liste d'attente	145.4	144.4																																																																																																																																	
	Gestes d'abus pour discipliner l'enfant	S/PCIT	153.9	137.1	1.02	ns																																																																																																																															
		Liste d'attente	155.1	149.1																																																																																																																																	
	Dépression des parents	S/PCIT	14.0	12.0	2.06	ns																																																																																																																															
		Liste d'attente	15.1	11.0																																																																																																																																	
Comportements observés chez les parents	Louanges/éloges	S/PCIT	3.6	12.4	41.69	.000																																																																																																																															
		Liste d'attente	3.7	4.3																																																																																																																																	
	Descriptions/réflexions	S/PCIT	43.8	61.5	39.22	.000																																																																																																																															
		Liste d'attente	45.1	46.8																																																																																																																																	
	Questions	S/PCIT	37.3	16.7	59.51	.000																																																																																																																															
		Liste d'attente	36.9	35.7																																																																																																																																	
	Commandes/directives	S/PCIT	13.4	7.9	5.75	.018																																																																																																																															
		Liste d'attente	12.8	10.8																																																																																																																																	
	Langage négatif	S/PCIT	1.7	0.8	10.19	.002																																																																																																																															
		Liste d'attente	1.3	1.9																																																																																																																																	

1 ^{er} auteur Année Pays	Objectifs	Source Devis	Participants (N) Problématique Origine ethnique	Intervention/ Programme/ Modalités	Méthodes de collecte/ Instruments de mesure	Résultats						
							Sensibilité parentale	S/PCIT	5.6	6.3	7.16	.008
								Liste d'attente	5.3	5.4		
<p>Effets du S/PCIT > liste d'attente</p> <ul style="list-style-type: none"> ↓ comportements extériorisés et des symptômes internalisés (enfants) (tailles d'effets petites) ↓ problèmes présentés par l'enfant et de leur intensité (tailles d'effets petites à moyennes) ↓ stress des parents (stress dû à l'enfant) (tailles d'effets petites) ↑ louanges faites à l'enfant, de l'utilisation de descriptions et réflexions (tailles d'effets grandes) ↓ questions, commandes et langage négatif (taille d'effets moyennes à grandes) ↑ sensibilité parentale (taille d'effet moyenne) <p>Les résultats suggèrent que le programme S/PCIT de 12 semaines est prometteur.</p>												

1 ^{er} auteur Année Pays	Objectifs	Source Devis	Participants (N) Problématique Origine ethnique	Intervention/ Programme/ Modalités	Méthodes de collecte/ Instruments de mesure	Résultats																														
Kolko, 1996b États- Unis	Déterminer l'efficacité de l' <i>Individual child and parent cognitive behavioral therapy</i> (CBT) en comparaison à la <i>Family Therapy</i> – FT) et aux services communautaires habituels offerts (<i>Routine community services</i> – RCS).	Article scientifique ECR Mesures pré, post et suivis (3 mois et 1 an)	47 dyades parent- enfant (6-13 ans) Abus physique : 100 % 4 % ont déjà été victimes de négligence 11 % ont déjà été victimes d'abus sexuel Distribution aléatoire 1. CBT (n = 20) 2. FT (n = 17) 3. RCS (n = 10) Ethnies: Occidentaux : 47 % Afro-américains : 47 % Autres : 6 %	<i>Individual Child and Parent Cognitive-Behavioral Treatment</i> (CBT) <u>CBT et FT :</u> ≥ 12 sessions x 1h/sem sur une période de 16 semaines CBT : Thérapeutes distincts pour parent et enfant; Protocoles parallèles; Enseignement d'habiletés d'interaction intra et inter personnelle FT : Enseignement d'habiletés de communication familiale positive et de résolution de problème; 3 phases (engagement, création de compétence, fin ou établissement de routines) RCS : Utilisation par les enfants et les parents de services communautaires prescrits individuellement par le travailleur	Questionnaires remplis par le parent et l'enfant Observations faites par un observateur indépendant BDI BSI CAPI CAPS CBCL CBQ CCI CDI CEI CETS CHI CRI CTS FAD FES FQ Kiddie-GAS PETS POQ PPI PS TIOF WRAI YSR Dossier admin.	Caractéristiques des participants (avant les interventions) Différence significative ($p < .05$) sur l'ethnie seulement avec une large proportion d'Afro-américains : RCS (80%), CBT (60%) et FT (29%) Caractéristiques des traitements Pas de différence significative quant aux paramètres des traitements reçus (ex. heures d'ouverture, visites à domiciles, durée, nb de semaines) entre groupes FT et CBT, mais beaucoup de variabilité dans les services offerts en RCS Évolution dans le temps : comparaison pré-test/post-test selon le traitement Pour les mesures qui se sont significativement améliorées avec le temps, plusieurs montrent une plus grande amélioration dans le temps pour CBT et FT par rapport à RCS																														
						<table border="1"> <thead> <tr> <th>Domaines</th> <th>Variabiles</th> <th>Valeurs p</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2">Violence risque d'abus</td> <td>Violence parent-enfant</td> <td>Diminution (CBT, FT) p < .04 (enfant)</td> </tr> <tr> <td>Discipline sévère et inconstante</td> <td>Diminution (CBT, FT) p < .0001</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">Dysfonctionnement de l'enfant</td> <td>Intériorisation</td> <td>Amélioration (CBT, FT) p < .0001</td> </tr> <tr> <td>Extériorisation</td> <td>Amélioration (CBT, FT) p < .002</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">Dysfonctionnement parental</td> <td>Symptômes dépressifs</td> <td>Diminution (CBT, FT) p < .0001</td> </tr> <tr> <td>Fonctionnement global</td> <td>Amélioration (CBT, FT) p < .0003 (thérapeute)</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">Comportements cognitifs des parents</td> <td rowspan="2">Discipline inefficace, colère</td> <td>Augmentation (CBT, FT) p < .009 (parent)</td> </tr> <tr> <td>p < .01 (enfant)</td> </tr> </tbody> </table>	Domaines	Variabiles	Valeurs p	Violence risque d'abus	Violence parent-enfant	Diminution (CBT, FT) p < .04 (enfant)	Discipline sévère et inconstante	Diminution (CBT, FT) p < .0001	Dysfonctionnement de l'enfant	Intériorisation	Amélioration (CBT, FT) p < .0001	Extériorisation	Amélioration (CBT, FT) p < .002	Dysfonctionnement parental	Symptômes dépressifs	Diminution (CBT, FT) p < .0001	Fonctionnement global	Amélioration (CBT, FT) p < .0003 (thérapeute)	Comportements cognitifs des parents	Discipline inefficace, colère	Augmentation (CBT, FT) p < .009 (parent)	p < .01 (enfant)								
Domaines	Variabiles	Valeurs p																																		
Violence risque d'abus	Violence parent-enfant	Diminution (CBT, FT) p < .04 (enfant)																																		
	Discipline sévère et inconstante	Diminution (CBT, FT) p < .0001																																		
Dysfonctionnement de l'enfant	Intériorisation	Amélioration (CBT, FT) p < .0001																																		
	Extériorisation	Amélioration (CBT, FT) p < .002																																		
Dysfonctionnement parental	Symptômes dépressifs	Diminution (CBT, FT) p < .0001																																		
	Fonctionnement global	Amélioration (CBT, FT) p < .0003 (thérapeute)																																		
Comportements cognitifs des parents	Discipline inefficace, colère	Augmentation (CBT, FT) p < .009 (parent)																																		
		p < .01 (enfant)																																		
						<p>Deux variables se sont détériorées avec le temps dans les 3 groupes :</p> <ol style="list-style-type: none"> Problèmes avec ennemis dans le voisinage ($p < .04$) (enfant) Niveau de discipline ($p < .03$) (parent) <p>Changements au CBT et FT > RCS</p> <table> <thead> <tr> <th>CBT</th> <th>FT</th> <th>RCS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>↓ violence parent-enfant (enfant)</td> <td>↓ violence parent-enfant (enfant)</td> <td>↑ problèmes avec ennemis</td> </tr> <tr> <td>↓ discipline sévère et inconsistante</td> <td>↓ discipline sévère et inconsistante</td> <td>↑ niveau de discipline</td> </tr> <tr> <td>↓ intériorisation de l'enfant</td> <td>↓ intériorisation de l'enfant</td> <td></td> </tr> <tr> <td>↓ extériorisation de l'enfant</td> <td>↓ extériorisation de l'enfant</td> <td></td> </tr> <tr> <td>↓ symptômes dépressifs</td> <td>↓ symptômes dépressifs</td> <td></td> </tr> <tr> <td>↑ fonctionnement global (parent)</td> <td>↑ fonctionnement global (parent)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>↓ discipline inefficace, colère</td> <td>↓ discipline inefficace, colère</td> <td></td> </tr> <tr> <td>↑ problèmes avec ennemis</td> <td>↑ problèmes avec ennemis</td> <td></td> </tr> <tr> <td>↑ niveau de discipline</td> <td>↑ niveau de discipline</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>Différence entre les groupes : Comparaison CBT vs FT Plusieurs mesures révèlent des améliorations significatives pour les groupes CBT et FT par rapport au groupe RCS (sauf pour fonctionnement familial général : RCS > FT et CBT)</p>	CBT	FT	RCS	↓ violence parent-enfant (enfant)	↓ violence parent-enfant (enfant)	↑ problèmes avec ennemis	↓ discipline sévère et inconsistante	↓ discipline sévère et inconsistante	↑ niveau de discipline	↓ intériorisation de l'enfant	↓ intériorisation de l'enfant		↓ extériorisation de l'enfant	↓ extériorisation de l'enfant		↓ symptômes dépressifs	↓ symptômes dépressifs		↑ fonctionnement global (parent)	↑ fonctionnement global (parent)		↓ discipline inefficace, colère	↓ discipline inefficace, colère		↑ problèmes avec ennemis	↑ problèmes avec ennemis		↑ niveau de discipline	↑ niveau de discipline	
CBT	FT	RCS																																		
↓ violence parent-enfant (enfant)	↓ violence parent-enfant (enfant)	↑ problèmes avec ennemis																																		
↓ discipline sévère et inconsistante	↓ discipline sévère et inconsistante	↑ niveau de discipline																																		
↓ intériorisation de l'enfant	↓ intériorisation de l'enfant																																			
↓ extériorisation de l'enfant	↓ extériorisation de l'enfant																																			
↓ symptômes dépressifs	↓ symptômes dépressifs																																			
↑ fonctionnement global (parent)	↑ fonctionnement global (parent)																																			
↓ discipline inefficace, colère	↓ discipline inefficace, colère																																			
↑ problèmes avec ennemis	↑ problèmes avec ennemis																																			
↑ niveau de discipline	↑ niveau de discipline																																			

1 ^{er} auteur Année Pays	Objectifs	Source Devis	Participants (N) Problématique Origine ethnique	Intervention/ Programme/ Modalités	Méthodes de collecte/ Instruments de mesure	Résultats																																
				social, mais non associés aux programmes CBT et FT.		<table border="1"> <thead> <tr> <th>Domaines</th> <th>Variables</th> <th>Valeurs p (group x time)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="3">Violence risque d'abus</td> <td>Violence enfant-parent</td> <td>Diminution (CBT,FT) p < .03 (parent)</td> </tr> <tr> <td>Violence parent-enfant</td> <td>Diminution (FT) p < .03 (parent)</td> </tr> <tr> <td>Potentiel d'abus</td> <td>Diminution (CBT,FT) p < .0009</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">Dysfonctionnement de l'enfant</td> <td>Ennemis à l'école</td> <td>Diminution (CBT) p < .03</td> </tr> <tr> <td>Extériorisation</td> <td>Amélioration p < .04 (CBT, FT)</td> </tr> <tr> <td>Index de conflit</td> <td>Amélioration p < .04 (CBT)</td> </tr> <tr> <td>Dysfonctionnement parental</td> <td>Symptômes dépressifs</td> <td>Diminution (CBT,FT) p < .02</td> </tr> <tr> <td>Comportements cognitifs des parents</td> <td>Besoin de punition</td> <td>Amélioration (CBT,FT) p < .0001</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">Fonctionnement familial</td> <td>Cohésion</td> <td>Amélioration (CBT,FT) p < .02 (enfants)</td> </tr> <tr> <td>Conflits</td> <td>Diminution p < .01 (FT, enfants) p < .04 (CBT,FT, parents)</td> </tr> <tr> <td>Fonctionnement général</td> <td>Amélioration (RCS,FT) p < .0008 (enfants)</td> </tr> </tbody> </table>	Domaines	Variables	Valeurs p (group x time)	Violence risque d'abus	Violence enfant-parent	Diminution (CBT,FT) p < .03 (parent)	Violence parent-enfant	Diminution (FT) p < .03 (parent)	Potentiel d'abus	Diminution (CBT,FT) p < .0009	Dysfonctionnement de l'enfant	Ennemis à l'école	Diminution (CBT) p < .03	Extériorisation	Amélioration p < .04 (CBT, FT)	Index de conflit	Amélioration p < .04 (CBT)	Dysfonctionnement parental	Symptômes dépressifs	Diminution (CBT,FT) p < .02	Comportements cognitifs des parents	Besoin de punition	Amélioration (CBT,FT) p < .0001	Fonctionnement familial	Cohésion	Amélioration (CBT,FT) p < .02 (enfants)	Conflits	Diminution p < .01 (FT, enfants) p < .04 (CBT,FT, parents)	Fonctionnement général	Amélioration (RCS,FT) p < .0008 (enfants)		
Domaines	Variables	Valeurs p (group x time)																																				
Violence risque d'abus	Violence enfant-parent	Diminution (CBT,FT) p < .03 (parent)																																				
	Violence parent-enfant	Diminution (FT) p < .03 (parent)																																				
	Potentiel d'abus	Diminution (CBT,FT) p < .0009																																				
Dysfonctionnement de l'enfant	Ennemis à l'école	Diminution (CBT) p < .03																																				
	Extériorisation	Amélioration p < .04 (CBT, FT)																																				
	Index de conflit	Amélioration p < .04 (CBT)																																				
Dysfonctionnement parental	Symptômes dépressifs	Diminution (CBT,FT) p < .02																																				
Comportements cognitifs des parents	Besoin de punition	Amélioration (CBT,FT) p < .0001																																				
Fonctionnement familial	Cohésion	Amélioration (CBT,FT) p < .02 (enfants)																																				
	Conflits	Diminution p < .01 (FT, enfants) p < .04 (CBT,FT, parents)																																				
	Fonctionnement général	Amélioration (RCS,FT) p < .0008 (enfants)																																				
<p>Effets du CBT et FT > RCS</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th>CBT vs FT</th> <th>FT</th> <th>RCS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>↓ violence enfant-parent (parent)</td> <td>↓ violence parent-enfant (enfant)</td> <td>↑ fonctionnement général (enfants)</td> </tr> <tr> <td>↓ potentiel d'abus</td> <td>↓ violence parent-enfant (parent)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>↓ ennemis à l'école</td> <td>↓ extériorisation de l'enfant</td> <td></td> </tr> <tr> <td>↓ extériorisation de l'enfant</td> <td>↓ symptômes dépressifs</td> <td></td> </tr> <tr> <td>↓ conflits (enfant)</td> <td>↓ pensées liées aux besoins de punition</td> <td></td> </tr> <tr> <td>↓ symptômes dépressifs</td> <td>↑ Interaction parent-enfant positive (cohésion)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>↓ pensées liées aux besoins de punition</td> <td>↑ fonctionnement général (enfants)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>↑ Interaction parent-enfant positive (cohésion)</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>						CBT vs FT	FT	RCS	↓ violence enfant-parent (parent)	↓ violence parent-enfant (enfant)	↑ fonctionnement général (enfants)	↓ potentiel d'abus	↓ violence parent-enfant (parent)		↓ ennemis à l'école	↓ extériorisation de l'enfant		↓ extériorisation de l'enfant	↓ symptômes dépressifs		↓ conflits (enfant)	↓ pensées liées aux besoins de punition		↓ symptômes dépressifs	↑ Interaction parent-enfant positive (cohésion)		↓ pensées liées aux besoins de punition	↑ fonctionnement général (enfants)		↑ Interaction parent-enfant positive (cohésion)								
CBT vs FT	FT	RCS																																				
↓ violence enfant-parent (parent)	↓ violence parent-enfant (enfant)	↑ fonctionnement général (enfants)																																				
↓ potentiel d'abus	↓ violence parent-enfant (parent)																																					
↓ ennemis à l'école	↓ extériorisation de l'enfant																																					
↓ extériorisation de l'enfant	↓ symptômes dépressifs																																					
↓ conflits (enfant)	↓ pensées liées aux besoins de punition																																					
↓ symptômes dépressifs	↑ Interaction parent-enfant positive (cohésion)																																					
↓ pensées liées aux besoins de punition	↑ fonctionnement général (enfants)																																					
↑ Interaction parent-enfant positive (cohésion)																																						
<p>Satisfaction des participants</p> <p>CBT et FT ont été considérés acceptables par les enfants et les parents, utiles par les enfants et satisfaisants pour les parents.</p> <p>Aucune différence significative CBT vs FT</p>																																						
<p>Obstacle au traitement</p> <p>La discorde entre les parents avait un plus grand impact sur le CBT par rapport au FT ($p < .03$).</p> <p>Malgré les limites méthodologiques identifiées par l'auteur, les traitements CBT et FT offrent certains bénéfices spécifiques pour les enfants d'âge scolaire victimes d'abus physiques par leurs parents.</p>																																						

1 ^{er} auteur Année Pays	Objectifs	Source Devis	Participants (N) Problématique Origine ethnique	Intervention/ Programme/ Modalités	Méthodes de collecte/ Instruments de mesure	Résultats						
						<p>Récurrence de rapports d'abus physiques (suivi moyen : 1 an) Aucune différence significative concernant la récurrence d'abus après 1 an</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>CBT n = 20</th> <th>FT n = 17</th> <th>RCS n = 10</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2 (10 %)</td> <td>2 (12 %)</td> <td>3 (30 %)</td> </tr> </tbody> </table> <p>Les nouveaux AP ne sont pas tous commis par des participants à l'étude : → 1/2 pour CBT et FT sont des participants → 3/3 pour RCS sont des participants</p> <p>Les résultats suggèrent que le programme <i>Individual Child and Parent Cognitive-Behavioral Treatment (CBT)</i>¹³ est prometteur.</p>	CBT n = 20	FT n = 17	RCS n = 10	2 (10 %)	2 (12 %)	3 (30 %)
CBT n = 20	FT n = 17	RCS n = 10										
2 (10 %)	2 (12 %)	3 (30 %)										

¹³ Note. Ce programme est devenu l'*Alternatives for Families: a Cognitive Behavioral Therapy (AF-CBT)* en 2010.

1 ^{er} auteur Année Pays	Objectifs	Source Devis	Participants (N) Problématique Origine ethnique	Intervention/ Programme/ Modalités	Méthodes de collecte/ Instruments de mesure	Résultats																																																																																																																							
Runyon 2010 États- Unis	Déterminer si l'implication des enfants lors du traitement des parents commettant ou à risque de commettre des punitions physiques abusives est plus efficace que le traitement du parent seul.	Article scientifique ECR Mesures avant, après (16-20 sem.) et suivi 3 mois	60 enfants (7-13 ans) et 44 parents Abus physique : 100 % Distribution aléatoire : 1. CPC-CBP (n = 34 E. et 24 P.) 2. CBT (n = 26 E. et 20 P.) Ethnies: Afro-américains : 46 % (parents) Afro-américains : 53 % (enfants)	<i>Combined Parent-Child Cognitive Behavioral Therapy</i> (CPC-CB): Intervention de groupe (parents, enfants et parents-enfants), 16 séances de deux heures sur 16-20 semaines CBT (parent only behavioral therapy) : 2 sessions de groupe hebdomadaire de 2h chacune	Questionnaires remplis par le parent et l'enfant Questionnaire démographique APQ CBCL K-SADS-PL Dossier admin.	<p>Caractéristiques des participants Aucune différence statistiquement significative pour les caractéristiques démographiques.</p> <p>Caractéristiques des traitements Nombre comparable de sessions thérapeutiques dans les deux groupes.</p> <p>Évolution dans le temps : Comparaison pré-test/post-test selon le traitement</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="3">Mesures</th> <th>Groupes</th> <th>Pré-test (moyenne)</th> <th>Post-test (moyenne)</th> <th>Valeurs p</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="4">Parents n = 26</td> <td rowspan="2">APQ-P</td> <td rowspan="2">Habilités positives</td> <td>CBT</td> <td>23.42</td> <td>23.00</td> <td>ns</td> </tr> <tr> <td>CPC-CBT</td> <td>23.47</td> <td>24.71</td> <td>< .05</td> </tr> <tr> <td rowspan="2"></td> <td rowspan="2">Punitions corporelles</td> <td>CBT</td> <td>5.62</td> <td>3.58</td> <td>< .001</td> </tr> <tr> <td>CPC-CBT</td> <td>6.44</td> <td>4.76</td> <td>< .01</td> </tr> <tr> <td rowspan="8">Enfants n = 34</td> <td rowspan="4">APQ-T</td> <td rowspan="2">Habilités positives</td> <td>CBT</td> <td>19.81</td> <td>20.12</td> <td>ns</td> </tr> <tr> <td>CPC-CBT</td> <td>22.68</td> <td>23.09</td> <td>ns</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">Punitions corporelles</td> <td>CBT</td> <td>7.08</td> <td>5.35</td> <td>< .01</td> </tr> <tr> <td>CPC-CBT</td> <td>6.47</td> <td>4.12</td> <td>< .001</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">K-SADS-PL</td> <td rowspan="2">Symptômes posttraumatiques</td> <td>CBT</td> <td>6.58</td> <td>4.15</td> <td>< .001</td> </tr> <tr> <td>CPC-CBT</td> <td>6.44</td> <td>2.76</td> <td>< .001</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">CBCL</td> <td rowspan="2">Intériorisation</td> <td>CBT</td> <td>9.12</td> <td>5.62</td> <td>< .01</td> </tr> <tr> <td>CPC-CBT</td> <td>8.59</td> <td>6.47</td> <td>< .01</td> </tr> <tr> <td rowspan="2"></td> <td rowspan="2">Extériorisation</td> <td>CBT</td> <td>17.69</td> <td>11.12</td> <td>< .01</td> </tr> <tr> <td>CPC-CBT</td> <td>16.62</td> <td>13.32</td> <td>ns</td> </tr> </tbody> </table> <p>ns : non significatif</p> <table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;">CBT</td> <td style="text-align: center;">CPC-CBT</td> </tr> <tr> <td>↓ punitions corporelles (parent et enfant)</td> <td>↑ habiletés parentales (parent)</td> </tr> <tr> <td>↓ symptômes posttraumatiques</td> <td>↓ punitions corporelles (parent et enfant)</td> </tr> <tr> <td>↓ intériorisation de l'enfant</td> <td>↓ symptômes posttraumatiques</td> </tr> <tr> <td>↓ extériorisation de l'enfant</td> <td>↓ intériorisation de l'enfant</td> </tr> </table> <p>Différences entre les groupes : Comparaison CBT vs CPC-CPT</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="3">Mesures</th> <th>Groupes</th> <th>Moyennes ajustées</th> <th>Différence CBT vs CPC-CBT</th> <th>Valeurs p</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="3">Ensemble des résultats</td> <td></td> <td></td> <td>5.12</td> <td>< .001</td> </tr> <tr> <td rowspan="4">Parents n = 26</td> <td rowspan="2">APQ-P</td> <td rowspan="2">Habilités positives</td> <td>CBT</td> <td>23.02</td> <td rowspan="2">- 1.67</td> <td rowspan="2">< .05</td> </tr> <tr> <td>CPC-CBT</td> <td>24.69</td> </tr> <tr> <td rowspan="2"></td> <td rowspan="2">Punitions corporelles</td> <td>CBT</td> <td>3.67</td> <td rowspan="2">- 1.02</td> <td rowspan="2">< .05</td> </tr> <tr> <td>CPC-CBT</td> <td>4.69</td> </tr> </tbody> </table>	Mesures			Groupes	Pré-test (moyenne)	Post-test (moyenne)	Valeurs p	Parents n = 26	APQ-P	Habilités positives	CBT	23.42	23.00	ns	CPC-CBT	23.47	24.71	< .05		Punitions corporelles	CBT	5.62	3.58	< .001	CPC-CBT	6.44	4.76	< .01	Enfants n = 34	APQ-T	Habilités positives	CBT	19.81	20.12	ns	CPC-CBT	22.68	23.09	ns	Punitions corporelles	CBT	7.08	5.35	< .01	CPC-CBT	6.47	4.12	< .001	K-SADS-PL	Symptômes posttraumatiques	CBT	6.58	4.15	< .001	CPC-CBT	6.44	2.76	< .001	CBCL	Intériorisation	CBT	9.12	5.62	< .01	CPC-CBT	8.59	6.47	< .01		Extériorisation	CBT	17.69	11.12	< .01	CPC-CBT	16.62	13.32	ns	CBT	CPC-CBT	↓ punitions corporelles (parent et enfant)	↑ habiletés parentales (parent)	↓ symptômes posttraumatiques	↓ punitions corporelles (parent et enfant)	↓ intériorisation de l'enfant	↓ symptômes posttraumatiques	↓ extériorisation de l'enfant	↓ intériorisation de l'enfant	Mesures			Groupes	Moyennes ajustées	Différence CBT vs CPC-CBT	Valeurs p	Ensemble des résultats					5.12	< .001	Parents n = 26	APQ-P	Habilités positives	CBT	23.02	- 1.67	< .05	CPC-CBT	24.69		Punitions corporelles	CBT	3.67	- 1.02	< .05	CPC-CBT	4.69
Mesures			Groupes	Pré-test (moyenne)	Post-test (moyenne)	Valeurs p																																																																																																																							
Parents n = 26	APQ-P	Habilités positives	CBT	23.42	23.00	ns																																																																																																																							
			CPC-CBT	23.47	24.71	< .05																																																																																																																							
		Punitions corporelles	CBT	5.62	3.58	< .001																																																																																																																							
			CPC-CBT	6.44	4.76	< .01																																																																																																																							
Enfants n = 34	APQ-T	Habilités positives	CBT	19.81	20.12	ns																																																																																																																							
			CPC-CBT	22.68	23.09	ns																																																																																																																							
		Punitions corporelles	CBT	7.08	5.35	< .01																																																																																																																							
			CPC-CBT	6.47	4.12	< .001																																																																																																																							
	K-SADS-PL	Symptômes posttraumatiques	CBT	6.58	4.15	< .001																																																																																																																							
			CPC-CBT	6.44	2.76	< .001																																																																																																																							
	CBCL	Intériorisation	CBT	9.12	5.62	< .01																																																																																																																							
			CPC-CBT	8.59	6.47	< .01																																																																																																																							
	Extériorisation	CBT	17.69	11.12	< .01																																																																																																																								
		CPC-CBT	16.62	13.32	ns																																																																																																																								
CBT	CPC-CBT																																																																																																																												
↓ punitions corporelles (parent et enfant)	↑ habiletés parentales (parent)																																																																																																																												
↓ symptômes posttraumatiques	↓ punitions corporelles (parent et enfant)																																																																																																																												
↓ intériorisation de l'enfant	↓ symptômes posttraumatiques																																																																																																																												
↓ extériorisation de l'enfant	↓ intériorisation de l'enfant																																																																																																																												
Mesures			Groupes	Moyennes ajustées	Différence CBT vs CPC-CBT	Valeurs p																																																																																																																							
Ensemble des résultats					5.12	< .001																																																																																																																							
Parents n = 26	APQ-P	Habilités positives	CBT	23.02	- 1.67	< .05																																																																																																																							
			CPC-CBT	24.69																																																																																																																									
		Punitions corporelles	CBT	3.67	- 1.02	< .05																																																																																																																							
			CPC-CBT	4.69																																																																																																																									

1 ^{er} auteur Année Pays	Objectifs	Source Devis	Participants (N) Problématique Origine ethnique	Intervention/ Programme/ Modalités	Méthodes de collecte/ Instruments de mesure	Résultats																													
						Enfants n = 34	APQ-C	Habiletés positives	CBT	21.10	- 1.24	ns																							
								CPC-CBT	22.34																										
								Punitions corporelles	CBT	5.25	1.06	ns																							
								CPC-CBT	4.19																										
							K-SADS-PL	Symptômes posttraumatiques	CBT	4.13	1.35	< .05																							
								CPC-CBT	2.78																										
							CBCL	Intériorisation	CBT	5.43	- 1.18	ns																							
									CPC-CBT	6.61																									
								Extériorisation	CBT	10.75	- 2.86	ns																							
									CPC-CBT	13.61																									
<p>NB : Dans l'article original, certaines valeurs p étaient inversées, mais demeuraient significatives.</p> <p>CPC-CBT vs CBT: ↑ habiletés parentales (parent) Suivi 3 mois : ↓ punitions corporelles (parent) → Aucune différence significative entre les groupes au suivi de 3 mois (maintien des changements). ↓ symptômes post-traumatiques → 2 familles avec récurrence d'AP</p> <p>Les résultats suggèrent que les deux approches (CPC-CBT et CBT) sont prometteuses, mais des bénéfices spécifiques sont associés à chacun des traitements.</p>																																			
Clément 2004 Canada	Rendre compte des changements observés entre le début et la fin des interventions sur le plan des attitudes parentales à l'égard de la punition corporelle, des conduites parentales, des perceptions face à la DPJ et aux écoles ainsi que de la satisfaction générale des parents.	Article scientifique Étude non randomisée Mesures avant et après	13 parents (enfants de 6 à 12 ans) Punition corporelle : 100 % Ethnies: Haïtiens : 100 %	<i>Éduquons nos enfants sans corrections physiques (EESCP)</i> Intervention de groupe; Quatre rencontres de 3h; Dispensée une fois/sem. durant 4 sem.	Questionnaires remplis par le parent Questionnaire maison : Questions adaptées du AAPA PCCTS Connaissances et perceptions des parents sur la DPJ et les écoles.	<p>Caractéristiques des participants Aucune analyse n'est réalisée pour vérifier en lien avec les caractéristiques démographiques.</p> <p>Évolution dans le temps : Comparaison pré-test/post-test</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Mesures</th> <th>Pré-test (moyennes)</th> <th>Post-test (moyennes)</th> <th>Valeurs p</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Attitudes favorables à la punition corporelle</td> <td>2.7</td> <td>3.2</td> <td>.02</td> </tr> <tr> <td>Sensibilité face aux conséquences de la violence</td> <td>2.5</td> <td>2.9</td> <td>.37</td> </tr> <tr> <td>Recours à la punition corporelle</td> <td>1.8</td> <td>1.5</td> <td>.04</td> </tr> <tr> <td>Recours à l'agression psychologique</td> <td>1.6</td> <td>1.5</td> <td>.66</td> </tr> <tr> <td>Recours aux méthodes disciplinaires alternatives</td> <td>2.5</td> <td>2.5</td> <td>.90</td> </tr> </tbody> </table>						Mesures	Pré-test (moyennes)	Post-test (moyennes)	Valeurs p	Attitudes favorables à la punition corporelle	2.7	3.2	.02	Sensibilité face aux conséquences de la violence	2.5	2.9	.37	Recours à la punition corporelle	1.8	1.5	.04	Recours à l'agression psychologique	1.6	1.5	.66	Recours aux méthodes disciplinaires alternatives	2.5	2.5	.90
Mesures	Pré-test (moyennes)	Post-test (moyennes)	Valeurs p																																
Attitudes favorables à la punition corporelle	2.7	3.2	.02																																
Sensibilité face aux conséquences de la violence	2.5	2.9	.37																																
Recours à la punition corporelle	1.8	1.5	.04																																
Recours à l'agression psychologique	1.6	1.5	.66																																
Recours aux méthodes disciplinaires alternatives	2.5	2.5	.90																																

1 ^{er} auteur Année Pays	Objectifs	Source Devis	Participants (N) Problématique Origine ethnique	Intervention/ Programme/ Modalités	Méthodes de collecte/ Instruments de mesure	Résultats																																														
						<p>Figure 1 Perception du rôle de la DPJ par les participants (N=13)</p> <p>Figure 2 Perception de l'utilité de la DPJ par les participants (N=13)</p> <p>↓ Attitudes négatives à l'endroit de la DPJ 1- Rôle de la DPJ - Protéger les enfants / soutenir les parents (p=0.09) 2- Utile de la DPJ pour la société québécoise (p=0.15)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Autres mesures rapportées</th> <th colspan="2">Pré-test</th> <th colspan="2">Post-test</th> <th rowspan="2">Valeurs p</th> </tr> <tr> <th>Oui</th> <th>Non</th> <th>Oui</th> <th>Non</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Nouveaux apprentissages sur les façons d'agir avec leurs enfants (agit comme un modèle, communication, écoute, négociation)</td> <td>ND</td> <td>ND</td> <td>92 %</td> <td>ND</td> <td>ns</td> </tr> <tr> <td>La DPJ crée du tort aux familles « en enlevant les enfants » ou « rendant les enfants encore plus délinquants »</td> <td>83 %</td> <td>ND</td> <td>ND</td> <td>ND</td> <td>ns</td> </tr> <tr> <td>Rôle de l'école est d'instruire les enfants</td> <td>84 %</td> <td>ND</td> <td>100 %</td> <td>ND</td> <td>ns</td> </tr> <tr> <td>Rôle de l'école est d'apprendre aux enfants à bien se conduire</td> <td>16 %</td> <td>ND</td> <td>ND</td> <td>ND</td> <td>ns</td> </tr> <tr> <td>Satisfaction du programme</td> <td>ND</td> <td>ND</td> <td>100 %</td> <td>ND</td> <td>ns</td> </tr> <tr> <td>Le programme répond aux attentes</td> <td>ND</td> <td>ND</td> <td>92 %</td> <td>ND</td> <td>ns</td> </tr> </tbody> </table> <p>ND : information non disponible</p> <p>Groupe EESCP ↓ attitudes favorables à la punition corporelle ↓ recours à la punition corporelle</p> <p>Aucun élément d'insatisfaction n'a été relevé.</p>	Autres mesures rapportées	Pré-test		Post-test		Valeurs p	Oui	Non	Oui	Non	Nouveaux apprentissages sur les façons d'agir avec leurs enfants (agit comme un modèle, communication, écoute, négociation)	ND	ND	92 %	ND	ns	La DPJ crée du tort aux familles « en enlevant les enfants » ou « rendant les enfants encore plus délinquants »	83 %	ND	ND	ND	ns	Rôle de l'école est d'instruire les enfants	84 %	ND	100 %	ND	ns	Rôle de l'école est d'apprendre aux enfants à bien se conduire	16 %	ND	ND	ND	ns	Satisfaction du programme	ND	ND	100 %	ND	ns	Le programme répond aux attentes	ND	ND	92 %	ND	ns
Autres mesures rapportées	Pré-test		Post-test		Valeurs p																																															
	Oui	Non	Oui	Non																																																
Nouveaux apprentissages sur les façons d'agir avec leurs enfants (agit comme un modèle, communication, écoute, négociation)	ND	ND	92 %	ND	ns																																															
La DPJ crée du tort aux familles « en enlevant les enfants » ou « rendant les enfants encore plus délinquants »	83 %	ND	ND	ND	ns																																															
Rôle de l'école est d'instruire les enfants	84 %	ND	100 %	ND	ns																																															
Rôle de l'école est d'apprendre aux enfants à bien se conduire	16 %	ND	ND	ND	ns																																															
Satisfaction du programme	ND	ND	100 %	ND	ns																																															
Le programme répond aux attentes	ND	ND	92 %	ND	ns																																															

Cibles de l'intervention : Parent abuseur

1 ^{er} auteur Année Pays	Objectifs	Source Devis	Participants (N) Problématique Origine ethnique	Intervention/ Programme/ Modalités	Méthodes de collecte/ Instruments de mesure	Résultats																																										
Acton 1992 Canada	Déterminer les effets thérapeutiques du programme <i>Aggression management training for aggressive parents (AMTAP)</i> .	Article scientifique Étude non randomisée Mesures avant et après	29 parents Abus physique : 100 % Ethnies : ND	<i>Aggression management training for aggressive parents</i> Intervention de groupe; Dispensée une fois/sem. durant 13 sem.	Questionnaires remplis par le parent PSI STAS IPA CAP ECBI	<p>Caractéristiques des participants Aucune analyse n'est réalisée pour vérifier en lien avec les caractéristiques démographiques.</p> <p>Évolution dans le temps : Comparaison pré-test/post-test</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Mesures</th> <th>Pré-test (moyennes)</th> <th>Post-test (moyennes)</th> <th>Valeurs p</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="3">PSI</td> <td>Stress total</td> <td>297.76</td> <td>263.62</td> <td>< .001</td> </tr> <tr> <td>Enfant</td> <td>138.97</td> <td>121.41</td> <td>< .001</td> </tr> <tr> <td>Parent</td> <td>160.17</td> <td>139.83</td> <td>< .001</td> </tr> <tr> <td>STAS</td> <td>Colère</td> <td>39.17</td> <td>29.22</td> <td>< .001</td> </tr> <tr> <td>IPA</td> <td>Attitudes parentales (relation parent-enfant)</td> <td>35.83</td> <td>22.25</td> <td>< .001</td> </tr> <tr> <td>CAP</td> <td>Potentiel d'abus</td> <td>266.76</td> <td>182.52</td> <td>< .001</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">ECBI</td> <td>Problèmes</td> <td>18.71</td> <td>12.12</td> <td>< .005</td> </tr> <tr> <td>Intensité des problèmes</td> <td>133.53</td> <td>116.94</td> <td>ns</td> </tr> </tbody> </table> <p style="text-align: center;">Groupe AMTAP</p> <p>↓ stress ↓ risque d'AP ↑ relation parent-enfant ↓ colère ↓ comportements perturbateurs de l'enfant (problèmes)</p>	Mesures		Pré-test (moyennes)	Post-test (moyennes)	Valeurs p	PSI	Stress total	297.76	263.62	< .001	Enfant	138.97	121.41	< .001	Parent	160.17	139.83	< .001	STAS	Colère	39.17	29.22	< .001	IPA	Attitudes parentales (relation parent-enfant)	35.83	22.25	< .001	CAP	Potentiel d'abus	266.76	182.52	< .001	ECBI	Problèmes	18.71	12.12	< .005	Intensité des problèmes	133.53	116.94	ns
Mesures		Pré-test (moyennes)	Post-test (moyennes)	Valeurs p																																												
PSI	Stress total	297.76	263.62	< .001																																												
	Enfant	138.97	121.41	< .001																																												
	Parent	160.17	139.83	< .001																																												
STAS	Colère	39.17	29.22	< .001																																												
IPA	Attitudes parentales (relation parent-enfant)	35.83	22.25	< .001																																												
CAP	Potentiel d'abus	266.76	182.52	< .001																																												
ECBI	Problèmes	18.71	12.12	< .005																																												
	Intensité des problèmes	133.53	116.94	ns																																												

1 ^{er} auteur Année Pays	Objectifs	Source Devis	Participants (N) Problématique Origine ethnique	Intervention/ Programme/ Modalités	Méthodes de collecte/ Instruments de mesure	Résultats									
						<p>The estimates for the curvilinear term in the models indicated that the rate of change over time declined over the course of the study for three of the outcome variables: perceived inability to manage childrearing responsibilities, $b = 0.70$, $t(32) = 2.69$, $p = .01$, reports of harsh parenting, $b = 0.15$, $t(31) = 3.80$, $p = .001$, and mothers' psychological distress $b = 1.79$, $t(25) = 2.99$, $p = .01$.</p> <p>Amélioration plus grande durant le traitement que durant la période de suivi.</p>									
						<p>Figure 2. Trajectories for mothers' perceived inability to manage childrearing responsibilities, for Project Support and control conditions.</p> <p>Récurrence de rapports d'AP (20 mois après le baseline)</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th>PS</th> <th>Contrôle</th> <th>Suivi 20 mois après le pré-test</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>n = 17</td> <td>n = 18</td> <td></td> </tr> <tr> <td>1 (5,9 %)</td> <td>5 (27,7 %)</td> <td>Aucune différence significative entre les groupes : $\chi^2(1) = 2.95$, $p = .086$</td> </tr> </tbody> </table> <p>Les résultats suggèrent que le PS est une intervention prometteuse.</p>	PS	Contrôle	Suivi 20 mois après le pré-test	n = 17	n = 18		1 (5,9 %)	5 (27,7 %)	Aucune différence significative entre les groupes : $\chi^2(1) = 2.95$, $p = .086$
PS	Contrôle	Suivi 20 mois après le pré-test													
n = 17	n = 18														
1 (5,9 %)	5 (27,7 %)	Aucune différence significative entre les groupes : $\chi^2(1) = 2.95$, $p = .086$													

Cibles de l'intervention : Famille

1 ^{er} auteur Année Pays	Objectifs	Source Devis	Participants (N) Problématique Origine ethnique	Programme/ Modalités du programme	Méthodes de collecte/ Instruments de mesure	Résultats																																																																																	
Swenson 2010 États-Unis	Déterminer l'efficacité d'une version adaptée du <i>Multisystemic Therapy for (MST)</i> pour les enfants abusés et négligés (CAN) comparativement au <i>Enhanced Outpatient Treatment (EOT)</i> .	Article scientifique ECR Mesures avant (baseline), pendant (2 mois), après et suivi (4, 10, 16 mois)	86 dyades parent-enfant (10-17 ans) Abus physique : 100 % Distribution aléatoire : 1. MST-CAN (n = 44) 2. EOT (n = 42) Ethnies : Occidentaux : 22.1 % Afro-américains : 68.6 % Autres : 9,3 %	<i>Multisystemic Therapy for Child Abuse and Neglect (MST-CAN)</i> Intervention familiale à domicile; Durée variable en fonction de la famille, mais un minimum de 3 séances par semaine durant 6-9 mois <i>Enhanced Outpatient Treatment (EOT)</i> Services usuels offerts par le centre lors d'AP, requiert un engagement des parents et des jeunes, peut y avoir des visites à domicile et des participations au programme STEP-TEEN	Questionnaires remplis par le parent et l'enfant BSI CBCL CTS ISEL SSRS TSSC Dossier admin.	<p>Caractéristiques des participants Aucune différence significative entre les caractéristiques des participants.</p> <p>Caractéristiques des traitements Aucune différence statistiquement significative entre les conditions de traitement (nombre d'heures complétées).</p> <p>Taux de réussite à l'EOT (réalisation du STEP-TEEN; 83 %) est significativement plus faible que celui obtenu pour le MST-CAN (98 %), $\chi^2(1, N = 86) = 4.96, p < 0.05$.</p> <p>Évolution dans le temps : Comparaison pré-test/post-test selon le traitement</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Mesures</th> <th>Différence pré-post</th> <th>Valeurs p</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="10">Fonctionnement de l'enfant</td> <td>Intériorisation</td> <td>-0.15</td> <td>ns</td> </tr> <tr> <td>Extériorisation</td> <td>4.96</td> <td>ns</td> </tr> <tr> <td>CBCL (score total)</td> <td>5.39</td> <td>ns</td> </tr> <tr> <td>PTSD</td> <td>0.52</td> <td>ns</td> </tr> <tr> <td>Dissociation</td> <td>-0.36</td> <td>ns</td> </tr> <tr> <td>PTSD</td> <td>-1.31</td> <td>< .05</td> </tr> <tr> <td>Dépression</td> <td>-1.09</td> <td>< .05</td> </tr> <tr> <td>Colère</td> <td>-0.40</td> <td>ns</td> </tr> <tr> <td>Anxiété</td> <td>-0.92</td> <td>ns</td> </tr> <tr> <td>Habiletés sociales (score total)</td> <td>14.30</td> <td>< .01</td> </tr> <tr> <td rowspan="10">Fonctionnement du parent</td> <td>Index de sévérité global (détresse psychiatrique)</td> <td>-0.05</td> <td>< .05</td> </tr> <tr> <td>Nombre de symptômes positifs (total)</td> <td>-3.40</td> <td>< .01</td> </tr> <tr> <td>Négligence (E)</td> <td>-0.35</td> <td>< .01</td> </tr> <tr> <td>Négligence (P)</td> <td>-2.71</td> <td>< .01</td> </tr> <tr> <td>Agression psychologique (E)</td> <td>-0.08</td> <td>< .01</td> </tr> <tr> <td>Agression psychologique (P)</td> <td>-0.22</td> <td>< .01</td> </tr> <tr> <td>Agression mineure (E)</td> <td>-0.76</td> <td>< .01</td> </tr> <tr> <td>Agression mineure (P)</td> <td>0.11</td> <td>ns</td> </tr> <tr> <td>Agression sévère (E)</td> <td>-1.50</td> <td>ns</td> </tr> <tr> <td>Agression sévère (P)</td> <td>-0.74</td> <td>< .01</td> </tr> <tr> <td>Discipline non violente (Y)</td> <td>-0.26</td> <td>< .01</td> </tr> <tr> <td>Discipline non violente (P)</td> <td>-0.27</td> <td>< .01</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">Support social</td> <td>Support interpersonnel (score total)</td> <td>0.55</td> <td>ns</td> </tr> <tr> <td>Appréciation du réseau (Appraisal)</td> <td>0.13</td> <td>ns</td> </tr> <tr> <td>Sentiment d'appartenance (Belonging)</td> <td>0.12</td> <td>ns</td> </tr> </tbody> </table> <p>MST-CAN et EOT (différences pré-post) Pour l'enfant : ↓ symptômes posttraumatiques ↓ dépression ↑ habiletés sociales</p> <p>Pour le parent : ↓ détresse psychiatrique ↑ nb de symptômes positifs associés à la détresse ↓ négligence ↓ agression psychologique (selon l'enfant) ↓ agressions mineures (selon l'enfant) ↓ agressions sévères (selon parent) ↑ discipline non violente</p>	Mesures	Différence pré-post	Valeurs p	Fonctionnement de l'enfant	Intériorisation	-0.15	ns	Extériorisation	4.96	ns	CBCL (score total)	5.39	ns	PTSD	0.52	ns	Dissociation	-0.36	ns	PTSD	-1.31	< .05	Dépression	-1.09	< .05	Colère	-0.40	ns	Anxiété	-0.92	ns	Habiletés sociales (score total)	14.30	< .01	Fonctionnement du parent	Index de sévérité global (détresse psychiatrique)	-0.05	< .05	Nombre de symptômes positifs (total)	-3.40	< .01	Négligence (E)	-0.35	< .01	Négligence (P)	-2.71	< .01	Agression psychologique (E)	-0.08	< .01	Agression psychologique (P)	-0.22	< .01	Agression mineure (E)	-0.76	< .01	Agression mineure (P)	0.11	ns	Agression sévère (E)	-1.50	ns	Agression sévère (P)	-0.74	< .01	Discipline non violente (Y)	-0.26	< .01	Discipline non violente (P)	-0.27	< .01	Support social	Support interpersonnel (score total)	0.55	ns	Appréciation du réseau (Appraisal)	0.13	ns	Sentiment d'appartenance (Belonging)	0.12	ns
Mesures	Différence pré-post	Valeurs p																																																																																					
Fonctionnement de l'enfant	Intériorisation	-0.15	ns																																																																																				
	Extériorisation	4.96	ns																																																																																				
	CBCL (score total)	5.39	ns																																																																																				
	PTSD	0.52	ns																																																																																				
	Dissociation	-0.36	ns																																																																																				
	PTSD	-1.31	< .05																																																																																				
	Dépression	-1.09	< .05																																																																																				
	Colère	-0.40	ns																																																																																				
	Anxiété	-0.92	ns																																																																																				
	Habiletés sociales (score total)	14.30	< .01																																																																																				
Fonctionnement du parent	Index de sévérité global (détresse psychiatrique)	-0.05	< .05																																																																																				
	Nombre de symptômes positifs (total)	-3.40	< .01																																																																																				
	Négligence (E)	-0.35	< .01																																																																																				
	Négligence (P)	-2.71	< .01																																																																																				
	Agression psychologique (E)	-0.08	< .01																																																																																				
	Agression psychologique (P)	-0.22	< .01																																																																																				
	Agression mineure (E)	-0.76	< .01																																																																																				
	Agression mineure (P)	0.11	ns																																																																																				
	Agression sévère (E)	-1.50	ns																																																																																				
	Agression sévère (P)	-0.74	< .01																																																																																				
Discipline non violente (Y)	-0.26	< .01																																																																																					
Discipline non violente (P)	-0.27	< .01																																																																																					
Support social	Support interpersonnel (score total)	0.55	ns																																																																																				
	Appréciation du réseau (Appraisal)	0.13	ns																																																																																				
	Sentiment d'appartenance (Belonging)	0.12	ns																																																																																				

Différences entre les groupes : Comparaison MST-CAN vs EOT

Mesures		Différence MST-CAN vs EOT	Valeurs p
Fonctionnement de l'enfant	Intériorisation	-2.13	< .05
	Extériorisation	-0.75	ns
	CBCL (score total)	-3.50	< .01
	PTSD	-1.43	< .05
	Dissociation	-0.94	< .05
	PTSD	-0.25	< .05
	Dépression	-0.03	ns
	Colère	-0.15	ns
	Anxiété	-0.13	ns
	Habilités sociales (score total)	0.38	ns
Fonctionnement du parent	Index de sévérité global (détresse psychiatrique)	-0.03	< .05
	Nombre de symptômes positifs (total)	-0.54	ns
	Négligence (E)	-0.18	< .01
	Négligence (P)	-0.04	< .01
	Agression psychologique (E)	-0.03	< .01
	Agression psychologique (P)	-0.01	ns
	Agression mineure (E)	-0.02	< .01
	Agression mineure (P)	0.07	ns
	Agression sévère (E)	-0.34	< .01
	Agression sévère (P)	-0.15	< .01
	Discipline non violente (E)	0.02	< .01
	Discipline non violente (P)	0.04	< .01
	Support social (ISEL)	Support interpersonnel (score total)	1.21
Appréciation du réseau (Appraisal)		0.45	< .01
Sentiment d'appartenance (Belonging)		0.36	< .05

Effets du MST-CAN > EOT

MST-CAN vs EOT

Pour l'enfant :

- ↓ troubles de comportement
- ↓ symptômes posttraumatiques
- ↓ symptômes dissociatifs

Pour le parent :

- ↓ négligence
- ↓ agression psychologique (selon l'enfant)
- ↓ agressions mineures (selon l'enfant)
- ↓ agressions sévères
- ↑ discipline non violente
- ↑ habiletés sociales (parent)

Les résultats suggèrent que le MST-CAN est prometteur puisque des bénéfices sont plus grands pour 9 variables.

Récurrence de rapports d'AP

Données administratives liées aux mauvais traitements	PS n = 44	Contrôle n = 42	Valeurs p
Récurrence de mauvais traitement (enfant)	2 (4.5 %)	5 (11.9 %)	ns
Récurrence de mauvais traitement (parent)	1 (2.3 %)	2 (4.8 %)	ns
Placement de plus de 16 mois (nombre)	6 (13.64 %)	13 (30.95 %)	< .05
Placement (taux de changement 0-7)	M = 0.25	M = 0.76	< .05
Placement (durée – jours)	M = 21.3 jours	M = 57.7 jours	ns

Note M = Moyenne

P. : Parent; E. : Enfant; ns : non significatif

Noms des traitements/programmes: *PCIT* : Parent-Child Interaction Therapy; *CBT* : Individual Child and Parent Cognitive-Behavioral Treatment; *CPC-CBT* : Combined Parent-Child Cognitive Behavioral Therapy; *PS* : Project Support; *MST-CAN* : Multisystemic Therapy for Child Abuse and Neglect

Acronymes des mesures d'évaluation utilisées

AAPI : Adults-Adolescent Parenting Inventory ADI : Abuse Dimensions Inventory APQ : Alabama Parenting Questionnaire BASC : Behavior Assessment System for Children BDI : Beck Depression Inventory BSI : Brief Symptom Inventory CAP / CAPI : Child Abuse Potential Inventory CAPS : Children's Attributions and Perceptions Scale CBCL : Child Behavior Checklist CBQ : Conflict Behavior Questionnaire CCI : Child Conflict Index CDI : Children's Depression Inventory CEI : Child Evaluation Inventory CETS : Caseworker Evaluation of Termination Status CHI : Children's Hostility Inventory CNI : Child Neglect Index CTS : Conflict Tactics Scale DIS : Diagnostic Interview Schedule Dossier admin. : Dossier administratif DPICS-II : Dyadic Parent-Child Interaction Coding System ECBI : Eyberg Child Behavior Inventory FAD : Family Assessment Device FES : Family Environment Scale	FQ : Friendship Questionnaire IPA : Index of Parenting Attitudes ISEL : Interpersonal Support Evaluation List KBIT : Kaufman Brief Intelligence Test Kiddie-GAF : Kiddie-Global Assessment of Functioning Kiddie-GAS : Kiddie-Global Assessment for Children K-SADS-PL : Kiddie-Sads-Present and Lifetime PCCTS : Parent-Child Conflict Tactics Scales PETS : Parent Evaluation of Termination Status PLOC : Parental Locus of control Scale POQ : Parent Opinion Questionnaire PPI : Parent Perception Inventory PS : Parenting Scale PSI : Parenting Stress Index SCL : Symptoms Checklist STAS : State-Trait Anger Scale SSRS : Social Skills Rating Scale TETS : Therapist Evaluation of Termination Status TIOF : Treatment Issues /Obstacles Form TSCC : Trauma Symptom Checklist for Children WRAI : Weekly Report of Abuse Indicators YSR : Youth Self-Report
---	--

Données expérientielles obtenues des intervenants et des gestionnaires

Les échanges réalisés avec les intervenants, les psychologues, les gestionnaires et les infirmiers¹⁴ visaient à obtenir leurs points de vue sur les interventions mises en place auprès des enfants et des parents dans les situations d'AP, sur les difficultés rencontrées dans cette intervention et sur leurs besoins pour la pratique en AP. Ils ont également été interrogés sur la trajectoire sociojudiciaire mise en place lors des situations d'AP.

Nombre de cas d'AP et cooccurrences

Selon les propos rapportés par les intervenants et les gestionnaires, les situations retenues uniquement sous le motif AP seraient peu nombreuses, bien qu'il s'agisse de la deuxième problématique étant la plus signalée à la protection de la jeunesse.

« (...) à l'évaluation, il y a énormément de fermetures. À partir du moment où les parents reconnaissent les gestes, que ceux-ci étaient inacceptables, que c'était un fait isolé, c'est arrivé deux ou trois fois. Je te dirais à 75 % des situations vont être fermées. Ils vont être dirigés vers le CSSS, dirigés vers d'autres services. En même temps, ceux qui transfèrent vers l'application des mesures, c'est généralement des situations très lourdes, d'abus importants, de récurrences. » (Gestionnaire)

Ainsi, la reconnaissance des gestes par les parents pourrait expliquer que peu de cas d'AP « purs » aboutissent dans les charges de cas des intervenants. Parmi les motifs de signalements retenus en AP, on retrouverait davantage de problématiques liées aux méthodes éducatives déraisonnables. Aux dires des répondants, la cooccurrence des problématiques expliquerait aussi le fait que très peu de dossiers sont retenus pour des motifs d'AP. Il semble que les cas d'AP « purs » soient des exceptions. Tant du côté des intervenants que des gestionnaires, l'AP est perçu comme un phénomène multiproblématique.

« C'est pas juste l'AP tout seul, c'est dur de l'isoler en soit parce qu'il est en interrelation avec pleins d'autres problématiques ou des situations qui font en sorte que, on ne prend pas de décision seulement [en lien avec l'AP], à moins que ce soit de l'AP majeur et important. » (Gestionnaire)

Généralement, les gestes d'AP surviendraient dans des contextes de violence familiale ou conjugale, lorsque les parents présentent des problèmes de santé mentale ou de toxicomanie, dans des situations de négligence ou lorsqu'un jeune a un diagnostic de trouble de comportement.

¹⁴Les résultats obtenus auprès des infirmiers sont présentés sous la dimension santé.

Description des AP

Lorsqu'ils parlent d'AP, les intervenants distinguent les événements uniques et chroniques. Les premiers seraient plutôt associés à une perte de contrôle, lors de situations stressantes comme, par exemple, une désorganisation du jeune. Les seconds s'inscriraient davantage dans une dynamique familiale ancrée et multiproblématique.

« Il y en a que ça fait longtemps que la situation dure avant qu'il se fasse prendre ou que ce soit dévoilé. Alors tout ça, ça joue sur eux, quand c'est un événement isolé, c'est facile de dire oui j'ai perdu le contrôle et j'ai pleins de situations stressantes autour de moi qui justifient que moi de l'intérieur je me sens plus. Quand ça fait longtemps que ça dure, ça ne peut pas être juste des événements extérieurs, c'est quelque chose à l'intérieur de toi qui n'est pas... (...) Dans les AP qui sont chroniques aussi c'est rare que ça vienne juste, c'est rare qu'il y ait juste cette problématique-là dans la famille. Souvent, il y a du dénigrement psychologique ou de la négligence. Il y a souvent des problèmes de santé mentale chez les parents. (...) » (Intervenant)

En lien avec les AP chroniques, le parent non-abuseur (souvent la mère) pourrait même être l'instigateur de l'AP, en mettant tout en condition pour que l'autre parent en vienne à abuser physiquement de l'enfant.

Les aspects légaux définissent aussi les AP. Les intervenants et les gestionnaires font ressortir que, selon le Code criminel, le parent peut employer la force pour corriger son enfant. Toutefois, selon le Code civil, cette pratique est interdite.

« Un des problèmes majeurs en AP, c'est qu'on a un jugement de la Cour suprême qui vient statuer sur ce qui est accepté légalement au niveau de la correction physique là. Pas de coup à la tête, dans le 0-2 ans non, 12 ans et plus non, jamais avec un objet, le parent doit rester en contrôle... On a ça qui est des balises bien claires au niveau légal criminel. » (Intervenant)

Intentions derrière les gestes

Tout comme les circonstances dans lesquelles les gestes d'AP sont commis, les motivations des parents peuvent être multiples. Ainsi, l'AP pourrait survenir dans un contexte d'éducation où le parent utilise des méthodes éducatives déraisonnables comme les punitions corporelles excessives; si un parent est malhabile ou méconnaissant par rapport au développement de l'enfant et qu'il manque d'habiletés parentales; lors d'une situation de crise ou de stress importante qui fait perdre le contrôle; ou même dans un contexte de « provocation » lorsque « l'enfant ou l'adolescent pousse son parent à bout ou le frappe » par exemple. Selon les gestionnaires, il serait plutôt rare qu'un parent veuille délibérément blesser son enfant, qu'il soit « entièrement méchant ».

En ce qui concerne les méthodes éducatives déraisonnables, les répondants semblent les observer davantage dans des familles provenant d'autres ethnies. Chez ces familles

particulièrement, les gestes d'AP (voire de punitions corporelles) seraient souvent posés pour corriger des problèmes scolaires ou un comportement irrespectueux. Étant donné que la scolarisation et le respect de l'autorité parentale sont souvent perçus comme des valeurs essentielles par ces parents, et que les punitions corporelles sont des méthodes éducatives valorisées dans leur pays d'origine, certains parents immigrants les utilisent outrageusement au Québec.

Facteurs de risque et de protection

Parmi les quelques facteurs de risque mentionnés figurent les diagnostics des enfants (TDAH, déficience, etc.) et les problèmes de comportements (les enfants plus turbulents ou ayant un tempérament plus difficile). L'absence d'un filet de sécurité est également rapportée comme un facteur de risque. À l'inverse, la présence d'un réseau de soutien est vue comme un facteur de protection.

Conséquences associées aux AP

Pour les répondants, les conséquences associées aux AP diffèrent selon les intentions de l'abuseur. Celles-ci sont également variables d'un jeune à l'autre, qui risque de développer des difficultés intériorisées ou extériorisées. Parfois, les blessures physiques sont mineures, mais les répercussions psychologiques, comme la peur ou l'atteinte à l'estime de soi, sont plus importantes à long terme. Souvent, ces jeunes éprouvent un fort sentiment de culpabilité et se sentent responsables de ce qu'ils ont vécu. Certains peuvent vivre des sentiments contradictoires envers le parent abuseur.

« Parce que souvent la relation, l'enfant aime quand même son parent qui l'abuse physiquement. On peut se retrouver avec un enfant qui est déchiré entre je veux rester, je veux me sentir en sécurité puis en même temps je ne veux pas être celui qui brise ma famille. Parce que ça peut être un discours qui lui a été dit, ou un discours qui, sans avoir été dit en paroles, peut avoir plané dans le climat qui place l'enfant vraiment... »
(Intervenant)

Des intervenants rapportent que les jeunes abusés physiquement dysfonctionneraient beaucoup à l'école et dans leurs relations avec les autres. Dans ces cas précisément, on interviendrait plutôt pour « éteindre les symptômes », sans s'attarder à la cause des comportements et leurs conséquences.

« Après ça, à l'école il a de la misère dans ses habiletés avec les pairs, il devient agressif. Fait qu'on intervient là-dessus. Après ça, bien le jeune a exposé ses parties génitales à l'école, alors on va travailler les frontières, mais c'est dans un rapport de force avec un autre enfant où il voulait le contraindre à faire quelque chose, alors derrière ces comportements sexuels problématiques, il se manifestait dans le fond un comportement associé à la violence. Fait que ça devient difficile de dépister ces symptômes-là [associés à l'AP] puis ces conséquences-là et de les faire parler. » (Intervenant)

En soi, la dénonciation et la rétention d'un signalement pour des motifs d'AP aurait un impact pour la relation familiale, et ce, peu importe que les gestes soient fondés ou non. Aux dires des intervenants, « quelque chose se brise même si le signalement n'est pas retenu, surtout s'il y a enquête policière. »

« En AP, quand on perd l'enfant, s'il n'y a pas d'accusations, on vient quand même de faire des blessures au niveau de cette famille-là, au niveau de ces parents-là. Parce qu'ils vont avoir été rencontrés par les policiers. [...] Mettre le sceau AP, c'est gros pour une famille. Donc il faut aussi être très prudent sur à quel moment on le met puis comment on reprend ça avec les gens et l'impact que ça l'a. Il ne faut pas que l'intervention fasse plus de dommages que l'abus lui-même. »

Interventions privilégiées

Pour intervenir dans les situations d'AP, différentes actions sont mises en place selon le contexte et les intentions des parents. Les répondants avouent faire des interventions de « cas par cas », que les pratiques sont donc très hétérogènes et pas nécessairement spécifiques à cette problématique. Au préalable, les intervenants tentent de comprendre les dynamiques familiales en utilisant l'analyse différentielle, car « (...) ce n'est pas vrai que les enfants le vivent tous de la même façon et qu'ils ressentent tous les impacts [de l'AP] de la même façon ». Afin de mieux comprendre les faits reprochés, les intervenants réalisent également l'histoire des parents.

« (...) ce que l'on cherche à faire, c'est revenir dans les événements historiques pour avoir une compréhension de qui est ce parent-là? Quelle est son enfance? Dans quel milieu familial il a vécu? Quels sont les modèles parentaux qu'il a eus? Pour que l'on soit capable de savoir un peu comment se définit ce parent là. Et ça, ce n'est pas propre au mauvais traitement physique dans le sens que c'est des démarches systématiques auxquelles j'incite les intervenants. (...) Ce n'est pas rare qu'il y ait des parents qui maltraitent qui ont été maltraités. (...) Je pense qu'on cherche aussi auprès du parent et par notre analyse des faits à déterminer, si c'est des mauvais traitements physiques et graves avec une incidence majeure sur les enfants tant au plan psychologique, relationnel que physique venant du parent peu connaissant, malhabile, exaspéré qui est soumis à plein de facteurs de stress et pleins de problématiques qui fait en sorte qu'à un moment donné, pour appliquer la discipline ou pour faire taire l'enfant ou pour avoir une certaine impression de contrôle. » (Gestionnaire)

Les interventions ne sont pas spécifiques à la problématique d'AP et aucun outil distinctif n'est actuellement disponible, mise à part une formation sur le diagnostic des AP qui est, aux dires des intervenants, peu accessible :

« La formation AP, tu es chanceux si ton chef de service te la donne. Il y a plein d'intervenants qui l'ont après 4-5 ans de pratique. Puis, j'ai entendu plein d'intervenants qui disaient : oh mon dieu, qu'est-ce que je faisais avant, ça n'a pas d'allure. Et j'entendais dire... On est *pitché* dans l'intervention. On a des formations très limitées, de base. Puis,

au fil du temps, c'est un peu à la rigueur de l'intervenant, qui va tirer la chemise de son chef de service et qui veut être formé. Sinon c'est beaucoup par tes collègues qui vont t'aider à développer des trucs et te donner des outils, des connaissances. » (Intervenant)

Parmi les outils ou techniques préconisés, un intervenant mentionne l'utilisation de la « carte conceptuelle en AP » (« Modèle explicatif de l'abus physique » de Puzé et al., 2015), alors que d'autres citent l'utilisation de techniques propres à l'approche de médiation (surtout en contexte ethnoculturel), de la thérapie par le jeu et l'utilisation d'un langage adapté à l'âge de l'enfant.

Cibles d'intervention

Les répondants sont d'avis que le travail doit se faire auprès des différents membres de la famille. Toutefois, les objectifs d'intervention sont variables selon la cible d'intervention (enfant, parent abuseur, parent non-abuseur). Lorsqu'elles visent le jeune, les interventions permettent, entre autres, de travailler sur les impacts et la représentation des gestes, la culpabilité, les conflits de loyauté, la déresponsabilisation, l'estime de soi, l'expression des émotions, le développement de sa capacité de se protéger si la situation se reproduisait, etc.

« Ce n'est pas de ta faute. Donc, essayer de détricoter ça. Déresponsabiliser l'enfant. C'est hyper important parce que c'est presque toujours des enfants qui sont pris en conflits de loyauté, qui se culpabilisent beaucoup. C'est comme un ajout, tu es victime puis en plus après ça tu es amené en famille d'accueil. Puis si à travers de ça, ton parent laisse toujours un peu planer que c'est de ta faute. » (Gestionnaire)

Parfois, les enfants victimes et les parents abuseurs et non abuseurs sont rencontrés conjointement et d'autres fois individuellement, selon le but de la rencontre.

« J'ai eu un cas d'AP en lien avec les méthodes éducatives où on a beaucoup travaillé à mettre le parent, qui avait commis, donc le père et le jeune ensemble et de travailler vraiment l'expression de comment le jeune peut se sentir. (...) Il y a eu un événement important dans le cadre d'une désorganisation du jeune puis le parent était intervenu de façon vraiment inadéquate physiquement et brusquement et cela avait fait peur, cela n'avait pas blessé. La blessure n'était pas grave, mais, c'est ça, au niveau de la peur que cela crée chez cet enfant-là et la peur que ça revienne. Donc on a travaillé en concertation avec la mère et le père. Les parents étaient séparés, mais on a réussi à mettre une collaboration entre les parents, puis on les a assis longtemps ensemble en rencontre, donc on voyait le jeune seul, et on voyait le père seul, et après on les voyait ensemble. » (Intervenant)

De plus, travailler avec le parent non abuseur est fondamental pour bien comprendre la dynamique familiale et le rôle qu'il a pu avoir ou non dans les gestes d'AP. Néanmoins, la reconnaissance des gestes d'AP demeure essentielle pour travailler avec la dyade parent-enfant, car la réunification comporte certains risques.

« Une fois que le parent reconnaît, bien là on a déjà un critère pour possiblement réunir les deux parents, le parent puis l'enfant. Par contre, est-ce qu'on connaît vraiment c'est quoi les critères nécessaires de réunification? Tu sais quand vous avez parlé un peu de l'enjeu relationnel qui est issu, qui est une conséquence directe de, dans un mode de fonctionnement abusif. Donc là, est-ce qu'on est encore dans un rapport de force? Quand on place l'enfant devant son parent, ça peut-être aussi... ça peut être à risque de ne pas faire évoluer positivement la situation. » (Intervenant)

Ils avouent également utiliser les interventions psychosociales, psychoéducatives, psychologiques, légales ou communautaires. Par exemple, les interventions psychoéducatives sont beaucoup utilisées pour travailler les habiletés parentales. Celles-ci sont souvent mises en place dans les situations où les enfants abusés physiquement sont plus jeunes ou vus en visites supervisées. Elles servent aussi à éduquer, en quelque sorte, les parents et démystifier leurs attentes irréalistes envers leurs enfants.

« (...) faire une intervention psychoéducatif permet de ramener, de rassurer le parent que non l'enfant ça se peut qu'il réagisse comme ça parce que c'est dans sa phase développementale. Parce que souvent on voit, chez les parents, qu'il y a des attentes irréalistes liées à leur enfant. Et quand leur enfant ne répond pas à ces attentes-là, bien là le parent se sent dépassé et il peut user de violence pour faire cadrer l'enfant dans ses attentes à lui. » (Intervenant)

Compte tenu de la diversité des situations d'AP rencontrées, les répondants disent utiliser différentes modalités de traitement (rencontres individuelles, familiales, de groupe).

L'intervention dans les contextes ethnoculturels

Selon les propos recueillis, l'intervention mise en place dans un contexte ethnoculturel différerait de celle utilisée auprès d'un parent québécois. En effet, puisque ces parents exerceraient plutôt l'AP dans une optique éducative, en utilisant davantage la punition corporelle excessive, l'intervention viserait à informer les parents sur l'inadmissibilité des gestes posés au Canada, même dans ce contexte. De plus, le sentiment d'appartenance à une communauté culturelle étant bien présent chez plusieurs de ces parents favoriserait le recours aux approches communautaires. Chez ces parents particulièrement, la désapprobation des gestes, par d'autres membres de la communauté, aiderait au traitement.

« Les Africains travaillent beaucoup par l'approche communautaire. Des fois les problèmes sociaux sont pris en charge par la communauté puis on a une maman qui... crie au racisme, etc. Puis elle a été rencontrée récemment par sa communauté. Puis à la fin elle nous a parlé des résultats de ça. Et dans le fond, ils sont venus lui dire que c'était une bonne mère, mais qu'ils n'approuvaient pas ces gestes qu'elle posait. Puis, ils sont du même vécu qu'elle. Ça a eu vraiment une importance assez capitale à la suite des choses sur l'évolution du dossier. » (Gestionnaire)

Également, les expériences vécues par certaines familles immigrantes, qui arrivent parfois de camps de réfugiés, teinteraient aussi l'intervention réalisée avec elles.

« Tu sais un coup de ceinture dans une communauté culturelle versus un coup de ceinture dans un contexte québécois, ça ne sera pas analysé et traité de la même façon. On va interpréter la gravité beaucoup plus importante dans un contexte québécois que dans un contexte culturel. Puis ça a ses bons et ses mauvais côtés, je veux dire, la ligne n'est pas claire. Jusqu'où on peut tolérer, on est toujours un peu mal à l'aise de dire : on comprend ces enjeux-là... des fois c'est des gens qui arrivent de camps de réfugiés, qui ont eu des contextes de vie complètement horribles, on ne sait plus trop jusqu'où on peut dire que... c'est que la limite de l'acceptable est vraiment difficile. » (Intervenant)

Facteurs facilitants et difficultés de l'intervention en AP

Pour la majorité des répondants, la reconnaissance des gestes reprochés est un facteur déterminant et incontournable pour la suite du travail à réaliser. En son absence, le premier objectif de travail est justement de l'obtenir. Une fois obtenue, la reconnaissance favoriserait la mobilisation et la collaboration des parents et une meilleure gestion du risque de récurrence.

Parmi les autres ingrédients utiles à l'intervention, les répondants nomment l'établissement d'un lien de confiance, tant avec les enfants que les parents, et de l'importance d'assurer une grande fréquence des rencontres. De même, le partenariat avec d'autres collègues à l'interne (ex. spécialistes en activités cliniques et psychologues) ou à l'externe (ex. organismes communautaires spécialisés sur la violence familiale ou conjugale) seraient d'autres éléments mis en place pour soutenir l'intervention.

Toutefois, l'ensemble des répondants s'estime comme étant plutôt des généralistes de l'intervention en protection de la jeunesse, ce qui compliquerait l'intervention dans les situations d'AP.

« Un des problèmes de notre pratique, de façon plus structurelle, d'avoir une pratique qui est généraliste, qui est multiproblématique. (...) C'est juste impossible d'être expert en trouble de comportement, expert en conflits de séparation, expert en AP, en abus sexuel, expert en toxicomanie, en santé mentale. Tu sais un moment donné ça fait beaucoup, fait qu'on vient qu'on est un peu dilué dans ça. » (Intervenant)

Selon les propos rapportés, il serait plus difficile d'intervenir dans les situations d'AP chroniques, car les parents reconnaîtraient moins leurs gestes. Du côté de l'enfant, l'ambivalence face au dévoilement, notamment à cause du conflit de loyauté occasionné, nuirait aussi à l'intervention. Concernant l'intervention à réaliser avec les minorités ethniques, des intervenants rapportent que les enjeux de citoyenneté et d'immigration complexifient également le travail à réaliser. Le contexte culturel en soit est une difficulté mentionnée, mais il y a aussi les barrières de la langue qui viennent parfois nuire à l'intervention, surtout lorsque les enfants doivent être retirés et

placés dans une famille d'accueil. De plus, les schèmes de référence des minorités ethniques rendent l'intervention difficile :

« Où trancher la ligne entre ce qui est acceptable dans un contexte culturel? Des fois la culture a vraiment le dos large. On tolère beaucoup. C'est des milieux qui sont très fermés. L'enfant est comme conditionné jeune à ne pas parler, le rapport à l'autorité est différent. (...) On sait qu'il y a de la violence, on ne sait pas quoi faire, on sait que ça va être la parole de l'enfant contre la parole du parent qui peut être à risque d'être rejeté, non seulement de sa famille, mais de sa communauté. » (Intervenant)

De plus, il serait plus difficile de faire la preuve d'AP au tribunal et ce serait encore plus vrai lorsqu'il s'agit de retenir un signalement lorsque le développement de l'enfant est compromis.

« Une compromission sur le développement c'est plus difficile à organiser dans nos rapports et à présenter au tribunal, et d'avoir un juge qui est ouvert à ça. C'est vrai, bien dans tous nos dossiers les compromissions sur le développement c'est toujours plus difficile à démontrer. » (Intervenant)

Les gestionnaires mentionnent que sans nouveaux faits, le juge peut prendre la décision de retourner l'enfant dans son milieu naturel même si l'intervenant au dossier craint pour sa sécurité.

« Et s'il ne s'est rien passé en termes de nouveau geste de mauvais traitement, il arrive que des tribunaux nous disent : on va fermer le dossier. » (Gestionnaire)

Étant donné que le magistrat souhaite entendre et voir des faits concrets, un médecin est souvent appelé à témoigner afin de corroborer les AP.

« C'est les dossiers qui sont plus difficiles à fonder aussi, ça prend, tu sais, si on présente par exemple un dossier en négligence au tribunal de la Jeunesse, on recueille des faits et c'est plus facile à fonder, mais pour l'AP et l'abus sexuel, mais on parle d'AP, ça prend des faits concrets, souvent il y a le médecin de la clinique de Protection qui va venir témoigner. Il faut que les gestes soient fondés, et hors de tout doute. (...) Fait que souvent on a des situations où il y a eu de l'AP, mais cela n'a pas été retenu en AP, ça a été retenu en méthodes éducatives abusives. » (Intervenant)

Besoins pour l'intervention en AP

Les besoins des répondants découlent des difficultés rencontrées lors des interventions en AP, de même que de l'absence de formations ou d'outils propres à cette intervention spécifique. Certains s'estiment davantage en mesure d'identifier les AP :

« Je me trouve mieux outillé pour évaluer les situations d'abus que pour les travailler. Puis, pour les formations qu'ils nous donnent telles analyser une situation, voir les facteurs de risque, les facteurs de protection, les indicateurs, la reconnaissance. Ça, je trouve que je suis mieux outillé pour évaluer, mais pas pour le travailler, au niveau de la reconnaissance (...) » (Intervenant)

Bien que la reconnaissance des gestes soit un élément central dans l'intervention en AP, les intervenants se sentent démunis et ne savent pas toujours comment l'obtenir. Ils avouent manquer de connaissances spécifiques permettant d'identifier des moyens appropriés pour y arriver dans leur plan d'intervention.

Pour traiter les situations d'AP, d'autres intervenants trouveraient avantageux de travailler davantage en collaboration avec des spécialistes de la problématique (spécialistes en activités cliniques, psychologues, organismes communautaires). Certains gestionnaires relatent le besoin d'obtenir un guide de pratiques pour les soutenir dans ces tâches, d'autant plus qu'il s'agit d'une problématique complexe. Ils parlent toutefois de développer un outil qui serait à la fois simple et convivial.

Description de la trajectoire socio-judiciaire mise en place lors des situations d'AP

La trajectoire socio-judiciaire réfère à « Entente multisectorielle relative aux enfants victimes d'abus sexuels, de mauvais traitements physiques ou d'une absence de soins menaçant leur santé physique »¹⁵. Les intervenants et les gestionnaires mentionnent que l'objectif de l'entente est d'éviter à l'enfant qu'il ait à raconter son histoire à maintes reprises, à différentes personnes.

« Avant que ça soit mis en place, c'est les intervenants à l'évaluation qui allaient rencontrer l'enfant et qui prenaient la déposition dans des termes juridiques. Qui prenaient la version de l'enfant, qui prenaient la version des parents et qu'après ça, dépendamment ben là, on contactait les policiers et les policiers rencontraient les parents, rencontraient l'enfant donc ça faisait en sorte que des fois l'enfant pouvait changer de version ou qu'on lui faisait répéter tout le temps à ce niveau-là.»
(Gestionnaire)

En produisant une vidéo du témoignage de l'enfant, cela évite d'une part que l'enfant oublie certains faits compte tenu des longs délais engendrés par le processus et, d'autre part, peut le dispenser de témoigner à la Chambre de la jeunesse lorsqu'il est à risque de préjudice grave. D'après les gestionnaires, cette démarche bien structurée permet de réunir l'ensemble des parties prenantes (intervenants du Centre jeunesse, enquêteur, procureur) pour qu'ils discutent de la situation et des moyens à prendre afin d'agir adéquatement sur le plan criminel, légal et social. Une zone grise demeure toutefois, tant du côté des intervenants que des gestionnaires : les intervenants ont un certain pouvoir discrétionnaire quant au déclenchement ou non de l'Entente multisectorielle alors que selon la Loi, ils doivent la mettre en marche dès qu'un signalement pour AP est fait.

¹⁵ Ci-après, le terme « Entente multisectorielle » est utilisé en référence à ce document. Celle-ci est décrite dans la section sur la dimension légale.

Les intervenants exposent deux trajectoires possibles lors de l'application de l'Entente multisectorielle, soit (1) impliquer le corps policier dès la réception du signalement et discuter pour déterminer si l'Entente multisectorielle est enclenchée ou (2) aller vérifier les faits auprès de l'enfant et de sa famille avant d'impliquer les enquêteurs et le procureur. Les gestionnaires affirment que cette deuxième trajectoire permet de vérifier la gravité, la nature et la fréquence des gestes posés à l'endroit de l'enfant et ainsi prendre une décision éclairée concernant la suite du processus, d'autant plus que les répercussions sur l'enfant et sa famille peuvent être importantes si l'on conclue précocement à une compromission d'AP sans réels fondements.

Inconvénients

Si les deux groupes s'entendent sur les avantages de l'Entente multisectorielle, la réalité est tout autre lorsque la Chambre criminelle et pénale du Québec est saisie. En effet, un juge peut ordonner à l'enfant de témoigner au procès de son parent puisque les avocats de la défense ont droit au meilleur témoignage de l'enfant.

« La dispense à témoigner, ce qu'il faut savoir, c'est que les avocats de la défense ont droit au meilleur témoignage de l'enfant. Fait que c'est pour ça que si le meilleur témoignage du témoin finalement, donc c'est pour ça que les vidéos ne sont pas utilisables. » (Intervenant)

Ainsi, l'enfant peut être contraint de réécouter la vidéo qu'il a faite quelques mois ou années auparavant afin de se remémorer les événements.

« La semaine passée, j'ai une petite cocotte de six ans qui a vécu des choses il y a deux ans qui a dû aller réécouter la vidéo qu'elle avait faite, des gestes qu'elle avait vécus quand elle avait quatre ans. Et c'est une petite fille qui est très très envahie par ça, elle en parle. On a mis un suivi psychologique en place. (...) Son entrevue vidéo l'a ramenée dans son passé, elle s'est vue avec les marques. Et là, ce matin, elle devait aller témoigner au criminel, au procès de sa mère, et hier après-midi on a su que c'était annulé. C'est remis au 7 janvier et elle va devoir réécouter son vidéo pour lui rafraichir la mémoire. » (Intervenant)

À cet effet, le groupe d'intervenants affirme que, selon la Cour suprême, la crédibilité de l'enfant se doit d'être évaluée différemment de celui d'un adulte et il peut arriver que les avocats de la défense discréditent le témoignage de l'enfant puisque ce dernier peine à se souvenir des événements survenus il y a un an ou deux.

Durée des procédures judiciaires

D'ailleurs, un constat qui émerge tant de la part des intervenants que des gestionnaires concerne la durée des procédures judiciaires à laquelle sont confrontés plusieurs parents ayant commis un AP envers leur enfant. Les deux parties s'entendent pour dire que les délais sont très longs et que la comparution peut survenir jusqu'à deux ans après les faits, sinon plus. Les intervenants et les gestionnaires déplorent le fossé qu'il y a entre le processus issu de la

Chambre de la jeunesse et celui de la Chambre criminelle et pénale du Québec, puisqu'en protection de la jeunesse, les intervenants doivent agir rapidement dans le meilleur intérêt de l'enfant et respecter une durée maximale de placement en fonction de l'âge de l'enfant.

« Au niveau criminel, c'est très très long les procédures. Puis en fait, ces dossiers-là sont traités comme n'importe quel crime. Il n'y a pas de discrimination qui est faite positive de dire c'est un crime envers un enfant, il faut procéder plus rapidement, il n'y a pas de priorisation. » (Intervenant)

Une conséquence découlant des délais engendrés par le processus est que certains enfants ont pu réintégrer leur milieu naturel puisque leurs parents ont pris les moyens nécessaires pour faire cesser la situation de compromission, mais la figure parentale peut être en attente de subir son procès.

« J'ai trainé dans une situation avec des intervenants où on a un système judiciaire qui a mis du temps à aboutir puis que le parent s'est trouvé en Cour criminelle. Pendant ce temps-là, il y a quand même eu un certain cheminement qui a permis aux enfants de retourner à la maison. Mais avec une pression, un stress, une tension pour les parents immigrants, pas encore naturalisés. » (Gestionnaire)

D'autres effets négatifs de l'Entente multisectorielle ressortent des propos des gestionnaires et des intervenants. Les gestionnaires mentionnent que les enquêteurs ne rencontrent pas nécessairement l'enfant et le parent abuseur la même journée : il est alors difficile pour l'intervenant au dossier d'agir adéquatement sans corrompre le témoignage de l'une ou l'autre des parties.

Témoignage de l'enfant

Les deux groupes rencontrés soulignent que les enfants qui ont à témoigner contre leur parent peuvent se retrouver en conflit de loyauté envers eux ou encore que ces derniers peuvent tenter de modifier le discours de l'enfant concernant les événements d'abus. Les intervenants mentionnent que cette situation peut aussi se produire lors des rencontres supervisées même si le parent ne peut revenir sur les faits avec son enfant. En effet, certains parents vont tenter de persuader l'enfant qu'il s'agissait d'un simple accident. Les gestionnaires rapportent que les parents subissent une pression et un stress important compte tenu de la lourdeur du processus au niveau criminel, surtout s'il s'agit d'immigrants dont le statut est précaire.

« Parce que nous on avait un jugement qui ordonnait des contacts de trois heures par semaine puis la juge nous disait qu'il fallait travailler un retour. Là on est plus rendu là, on a fait une demande pour un placement à plus long terme, on est en attente. Mais c'est une petite fille qui pendant les contacts, on a mis un agent. Mais la mère pouvait dire : qu'est-ce qui s'est passé, ce n'est pas vrai, c'était un accident, je n'ai pas fait exprès. Donc elle a été contaminée, elle a passé outre ses conditions de libération au niveau criminel. Fait que c'est ça, ça va donner quoi au niveau du témoignage? » (Intervenant)

**Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de la Capitale-Nationale**

Québec 