



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



MISE AU POINT

Abus, maltraitance et négligence : (2) prévention et principes de prise en charge



Abuse, maltreatment and neglect: (2) Interventions and preventive approach

X. Benarous^{a,*}, A. Consoli^a, M. Raffin^a, D. Cohen^{a,b}

^a Service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, université Pierre-et-Marie-Curie, hôpital Pitié-Salpêtrière, AP-HP, 47-83, boulevard de l'Hôpital, 75013 Paris, France

^b CNRS UMR 7222, institut des systèmes intelligents et robotiques, université Pierre-et-Marie-Curie, place Jussieu, 75005 Paris, France

MOTS CLÉS

Maltraitance ;
Abus ;
Négligence ;
Carence affective ;
Prévention ;
Traitement

Résumé La première partie de cet article rappelait la prévalence des différents types de maltraitance infantile ainsi que leurs conséquences médicales psychologiques et sociales à long terme. Cette seconde partie a pour objectif de présenter une revue de la littérature des études évaluant l'efficacité de différentes stratégies de prises en charge médico-sociales. Plusieurs revues soulignent les lacunes du système de signalement actuel. Une meilleure reconnaissance des cas reste un des enjeux majeurs pour intervenir précocement. Des travaux intéressants ont pointé les facteurs associés à un retard ou à l'absence de signalement. Plusieurs propositions ont été faites pour y remédier, comme la promotion de la formation continue des professionnelles de l'enfance sur les signes d'alerte à repérer. Si l'accompagnement psychologique de ces enfants peut prendre différentes formes en fonction du contexte clinique, l'encouragement d'un travail de verbalisation des émotions et d'identification des personnes soutenant dans l'entourage est unanimement reconnu ; tout comme l'importance de poursuivre le suivi au long cours chez les enfants les plus fragilisés. Au cours des vingt dernières années, plusieurs travaux ont été consacrés à l'évaluation des interventions sociales auprès des enfants victimes de maltraitance avérée, lors de placement extrafamilial ou d'intervention au domicile. Ces études ont permis de mettre en évidence une réversibilité des troubles présentés dans la majorité des cas ainsi que des effets positifs sur le développement et l'état de santé général à l'âge adulte. Par ailleurs, les recherches sur les facteurs de risques de maltraitance ont encouragé le développement d'interventions ciblées auprès des familles cumulant des facteurs de risques psychosociaux pour promouvoir la qualité des liens parents-enfants et les compétences parentales.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : xavierbenarous@gmail.com (X. Benarous).

KEYWORDS

Maltreatment;
Abuse;
Severe neglect;
Emotional abuse;
Prevention;
Treatment

Des programmes, prenant par exemple la forme de visites régulières au domicile en collaboration avec les services de périnatalité, ont montré des résultats satisfaisants, bien que les effets directs sur la maltraitance restent encore à préciser. De telles interventions sont actuellement en cours d'évaluation en France.

© 2014 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Summary The first part of this article was devoted to the evaluation of the prevalence of different types of child maltreatment and their long-term consequences in children; here we conducted a literature review of studies evaluating the efficacy of medico-social interventions in these children. A better recognition of cases remains a major issue for improving the current system of reporting, the factors associated with delayed or no reporting was underlined in different reviews, and several proposals have been made to remedy, as professional training focus on warning signs. If psychological support can take different forms depending on the clinical context, encouraging verbalization of emotions in children and identification reliable person in the environment is well recognized, as well as the importance of extending follow-up for the most vulnerable children. Over the last twenty years, several studies have been dedicated to the evaluation of social interventions, as home or out-of-home care intervention. These studies highlight the reversibility of such disorders presented by children as well as positive effects on development and overall health in adulthood. In addition, research on risk factors for abuse have encouraged the development of targeted interventions with families with psychosocial risks to promote the quality of parent-child interaction and parenting skills. Such programs, for instance home-visiting program based on attachment theory in association with perinatal services, are currently under evaluation in France and showed encouraging results, although their direct effect on child abuse is not specifically assessed yet.

© 2014 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

Dans un premier article, nous avons vu que la maltraitance infantile reste en France largement sous-estimée [1]. Les conséquences délétères sur la santé physique et psychologique ainsi que le retentissement social à long terme sont aujourd'hui mieux connus. Ce deuxième article a pour but de présenter les stratégies thérapeutiques proposées lors de situation de maltraitance infantile. Nous proposerons tout d'abord une revue la littérature des études évaluant des interventions de repérage des situations de maltraitements. Puis, nous examinerons les différentes prises en charges médico-psychologiques et sociales recommandées pour l'enfant et sa famille. Enfin, les études internationales et françaises évaluant des stratégies de prévention primaire seront présentées.

Reconnaissance des situations de maltraitance infantile

La nécessité de signaler toute suspicion de maltraitance s'impose à tous les adultes travaillant auprès des enfants [2]. Aux États-Unis, près de la moitié des cas sont rapportés par la famille ou l'entourage proche. Dans les autres cas, il s'agit le plus souvent de l'école (16,5%), des services sociaux (16,5%), des forces de l'ordre (10%) puis du personnel médical (8%) [3]. La sous-déclaration des situations de maltraitance est un problème majeur [2–7]. Seul 10%

des cas de maltraitance sont signalés dans les études américaines (5% des abus physiques et 8% des abus sexuels) [7]. En France, le taux de signalement varie entre 2,7 à 11,8 pour 1000 enfants selon les données de l'Observatoire décentralisé de l'action sociale et de l'éducation nationale, avec une grande variabilité entre les départements mais aussi selon les organismes de recueil [2].

Les études menées pour expliquer ce faible taux de signalement montrent qu'il est primordial que l'adulte puisse avoir le soutien d'autres professionnels pour déclarer une situation dans laquelle il existe une suspicion de maltraitance [5]. La crainte des conséquences négatives sur la relation avec la famille et l'absence de bénéfice attendu sont souvent mis en avant lorsqu'un cas n'est pas signalé [5]. Par ailleurs, il est particulièrement délicat de définir un seuil d'intervention dans les situations de négligence ou d'abus psychologique [8,9]. La perception d'une omission de soins ou d'un manque de supervision dépend de ce qu'on considère comme un comportement acceptable vis-à-vis de l'enfant et des visions des besoins de l'enfant [10]. Cette évaluation peut être particulièrement difficile lorsque l'enfant vit dans un environnement lui-même démuné, par exemple s'il s'agit d'une famille de réfugiés, ou que les parents sont atteints d'une pathologie mentale ou physique handicapante [6]. En cas de négligence, ce n'est pas tant la sévérité mais la fréquence et la chronicité de l'omission de soins par les parents qui sont le plus souvent sous-estimées [6].

Plusieurs interventions ont été développées pour favoriser la déclaration des situations de maltraitance, en

particulier des programmes de dépistage pour identifier les enfants nécessitant une évaluation par un pédiatre expérimenté [4,11]. Ces méthodes se basent sur des marqueurs comme l'âge de l'enfant, le type de blessure, leur répétition ou une histoire peu compatible avec les lésions constatées [4,11]. Ce type d'évaluation est parfois complété par un entretien familial [12]. Une revue systématique des programmes de dépistages conduits aux urgences conclut à une faible efficacité, compte tenu du risque élevé de faux-positifs et de la faible prévalence des événements attendus [4]. Plusieurs équipes ont proposé une évaluation systématique en milieu ambulatoire à l'aide de questionnaires comme l'«Adverse Childhood Experiences» [13], le «Trauma-Symptom Checklist for Children» [14], le «Childhood Trauma Questionnaire» [15], et le «Children's Impact of Traumatic Events Scale-Revised» [16], ou d'entretien semi-structuré [12]. Les résultats sont positifs mais peu généralisables pour le moment compte tenu de la taille des échantillons retenus dans ces études. Certains de ces questionnaires, comme l'Adverse Childhood Experiences ont été validés en langue française, mais son usage est pour le moment limité au domaine de la recherche. Les interventions de dépistage ciblé chez les enfants les plus à risque (pathologie mentale ou un abus de substance chez les parents par exemple) sont encore peu étudiées [6]. Les consultations en période anténatale ou postnatale peuvent être l'occasion d'identifier les familles à risque [17,18]. En France, l'entretien prénatal précoce réalisé lors du quatrième mois de grossesse, axé sur la recherche d'une vulnérabilité pour un trouble de l'attachement ultérieur, semble bien adapté pour de telles interventions de dépistage, mais le faible taux de participation ne permet pas encore la mise en place de tels programmes [19]. D'autres interventions existent en milieu scolaire [20] ou en milieu carcéral [6].

La formation des professionnels est un point essentiel pour optimiser le recueil des informations et reconnaître les signes d'appel clinique [2,6] (Tableau 1). L'intérêt d'un entraînement pour les professionnels de l'enfance est reconnu [8], particulièrement chez les professions de santé, qui sont en contact avec les enfants les plus sévèrement atteints. Les formations professionnelles doivent permettre d'exercer les médecins à la rédaction d'informations préoccupantes, d'enseigner les facteurs de risques et les signes de repérage et de rappeler le cadre médico-légal (comme les conditions de dérogation au secret médical et l'obligation de signaler les cas de maltraitements ou de fortes suspicions avec des indices graves, précis et concordants selon l'article 434-3 du Code pénal) [2].

Une perception négative de l'effectivité globale du service social, un retour insuffisant sur les dossiers et une difficulté perçue de communication avec les services sociaux sont autant de facteurs qui peuvent décourager les signalements par les professionnels [31]. Le travail de retour sur dossier (*feedback*) doit permettre de renforcer l'efficacité perçue et la confiance dans les services de protection de l'enfance pour instaurer un travail en réseau efficace qui faciliteraient les signalements ultérieurs. L'Observatoire national de l'enfance en danger a suggéré aux législateurs plusieurs pistes de réflexion dans son rapport de 2013 : l'instauration d'un repérage actif tout au long du suivi chez les enfants pour qui une mesure de protection est déjà prise,

surtout en cas de mesure en milieu ouvert ; de porter davantage d'attention aux autres membres de la fratrie qui sont de fait particulièrement à risque ; de mieux tenir compte du sexe et de l'âge de l'enfant dans le dispositif de repérage, les garçons déclarant plus facilement les faits de maltraitance quand ils sont jeunes, alors que le plus souvent à cet âge, les troubles du comportement sont aux premiers plans [32].

Prise en charge individuelle de l'enfant maltraité

Enjeux psychopathologiques

Si initialement la psychanalyse s'est intéressée à la dimension traumatique des contenus fantasmatiques, certains auteurs comme Ferenczi se sont d'emblée intéressés aux conséquences des événements traumatiques [33]. Il a en particulier montré le raccourcissement de la période de latence chez ces enfants et la précipitation dans une sexualisation précoce. Ce sont surtout les travaux de psychanalystes britanniques étudiant les effets des carences affectives chez l'enfant durant la 2^e Guerre mondiale qui ont permis de mieux comprendre les mécanismes en jeu. Lors de traumatisme sévère, le sujet peut solliciter des mécanismes de défenses plus archaïques comme le clivage, le déni ou l'évitement. La trace mnésique et les représentations de ces affects ne suivent alors pas le parcours décrit plus tôt par Freud [34], marqué par le refoulement, la latence puis le retour du refoulé, mais restent occultés avant de réapparaître sous forme d'un syndrome de répétition [35]. Les symptômes d'abord réactionnels peuvent venir perturber l'organisation de la personnalité quand les traumatismes se répètent et que les mécanismes de pare-excitation de l'enfant sont dépassés. Dans le cas de maltraitance infantile, quand les blessures ont été causées de façon intentionnelle par des adultes faisant autorité et censés les protéger, l'incrustation en soi d'un sentiment d'injustice et de préjudice est majeure. La dévalorisation des imagos parentaux vient entraver les mécanismes de construction narcissique à l'œuvre. L'enfant peut développer un sentiment de honte et d'impuissance et se sentir responsable. Ces mécanismes permettent aussi de protéger l'image du parent, au prix d'une plus grande auto-dévalorisation. Cette ambivalence face aux figures parentales, s'accompagne d'une véritable confusion émotionnelle quand la souffrance psychique de l'enfant est disqualifiée ou enchevêtrée dans des messages contradictoires sur le plan affectif (« je te dis que je te protège et je te fais du mal ») et mais aussi du rapport à la loi (« je te dis que j'incarne la loi, et je la transgresse ») [36]. L'enfant aura du mal à développer un sentiment d'identité stable et satisfaisant pour établir des relations de confiance. Les conséquences sont parfois plus silencieuses quand l'enfant adopte un conformisme de façade. On retrouve alors fréquemment un manque de spontanéité, des troubles du langage ou plus largement des difficultés cognitives traduisant la capture des ressources cognitives liées aux ruminations et à l'hypervigilance anxieuse qui peuvent conduire à l'échec scolaire [37]. De nombreux

Tableau 1 Signes et contextes évocateurs de maltraitance.

| | Fréquence | Signes évocateurs | Recommandations |
|---------------------|---|---|---|
| Anamnèse | | Absence de supervision parentale ; absence d'explication des lésions ; explication incompatible avec le niveau de développement de l'enfant ou avec les lésions observées ; explications contradictoires | Évaluation par un pédiatre expérimenté dans cette situation [6,22] |
| Blessure grave | Des comportements de maltraitance sont retrouvés dans 24% des nourrissons et 5% des enfants entre 1–4 ans admis pour une blessure grave (au moins 3 jours en soins intensifs) [4] | Lésions intra-abdominales plus fréquentes que les traumatismes du thorax compte tenu de la flexibilité des côtes et de la faible masse musculaire abdominale. Les organes les plus fréquemment touchés sont le foie, la rate, le rein puis le duodénum [23] | Évaluer toutes les blessures graves en l'absence de cause médicale ou traumatique évidente [4,11] |
| Traumatisme crânien | Un abus physique est retrouvé dans 64% des cas d'hémorragie sous-durale inexpliquée chez les enfants de moins de 2 ans [24] Des traumatismes crâniens sont retrouvés chez 20–25% des enfants maltraités [21] | Association d'un traumatisme crânien, d'une hémorragie rétinienne, de fractures du squelette (en particulier des côtes postérieures en cas de syndrome des bébés secoués) et d'apnées respiratoires | En cas de traumatisme cérébral suspect faire une imagerie cérébrale, une radiographie du squelette et un examen ophtalmologique comprenant fond d'œil [25] |
| Fracture | Des comportements de maltraitance sont retrouvés dans 71% des fractures des côtes, 50% des fractures de l'humérus et 30% des fractures du crâne des enfants de moins de 3 ans [26] | Fractures multiples, plurifocales, avec des stades de consolidations différents (formant au maximum un syndrome de Siverman) | Une radiographie du squelette doit être réalisée en cas de suspicion de maltraitance pour les enfants de moins de 2 ans : près d'un tiers de ces enfants auraient des fractures passées inaperçues [26] |
| Lésions cutanées | Des comportements de maltraitance sont retrouvés dans 10% des admissions dans les services de brûlures pédiatriques et de chirurgie plastique (1% d'abus et 9% de négligence grave) [27,28] En population générale, la fréquence des contusions chez les enfants non autonome sur le plan locomoteur est rare (< 1%) | Brûlures dont le contour et la profondeur sont régulières, la distribution symétrique, qui concernent des parties normalement couvertes [28] Hématomes à distance des saillies osseuses (tête, cou, visage, fesses, tronc et bras), de grandes tailles, avec une association de lésions d'âge différent [29] Plaies linéaires à bords nets (évoquant l'usage d'instrument tranchant ou une morsure) ou lésions traduisant une absence de soins (par exemple une dermatose impétiginisée) Atteinte des phanères : alopecie par carence ou par arrachement | Un score de probabilité de maltraitance est proposé en fonction du mécanisme, de l'aspect, de la localisation de la brûlure, de l'anamnèse et des caractéristiques familiales [28] Toutes contusions inexpliquées chez un enfant qui n'est pas en âge de se déplacer seul doivent conduire à un examen détaillé [29] |

Tableau 1 (Suite).

| | Fréquence | Signes évocateurs | Recommandations |
|---------------------------------------|---|---|-----------------|
| Signes génitaux | Les anomalies à l'examen clinique sont rares en cas de suspicion d'abus sexuel : 94% des filles en cas d'abus sexuel ; 26% en cas de suspicion de viol [30] | Lacérations anales et/ou génitales, des contusions, une inflammation, des lésions de l'hymen et de l'anus, des fissures anales, des infections gynécologiques [22] | |
| Signes physiques de négligence sévère | | Signes de dénutrition par carence protidovitaminique et de déshydratation (surtout chez le nourrisson) ; en particulier si l'enfant est décrit comme facile à nourrir Répétition des intoxications ou des accidents domestiques, absence de surveillances, retard à la prise en charge et à l'administration de traitement | |

D'après Jousset 2010 [21] et Gilbert Kemp 2009 [6].

auteurs insistent sur le risque de transmission intergénérationnelle de cet héritage, Boszormenyi-Nagy parle d'ardoise pivotante pour évoquer le risque pour la victime de répéter sur son entourage des comportements maltraitants afin de réparer l'injustice subie [38] ; Salem parle d'une légitimité destructive pour le sujet arrivé à l'âge adulte allant d'une culpabilité inconsciente à une hostilité cyniquement affichée [39].

Spécificités thérapeutiques

Les travaux sur la psychothérapie des enfants maltraités insistent sur la reconnaissance explicite de maltraitances vécues [40]. La mise en récit doit permettre de restaurer une position subjective, de se dégager de l'impact émotionnel du vécu traumatique et de réarticuler les affects clivés. L'importance de l'identification de soutiens externes est reconnue afin que l'enfant puisse reconstruire des relations sécurisantes et stabilisantes [40–42]. Certains proposent le terme d'adulte transitionnel [40], d'autres de « tuteur de résilience » [41]. Pour les enfants plus jeunes, le travail peut commencer par une approche centrée sur l'expression des émotions, désamorçant ainsi l'évitement lié à l'angoisse : par exemple en aidant l'enfant à identifier ses états émotionnels, puis à les verbaliser et enfin à les réguler [42]. L'utilisation de métaphores ou de contes peut faciliter, dans ce contexte, l'expression des affects [43]. Le vécu de culpabilité et la responsabilité des adultes doivent être abordés avec l'enfant en l'aidant à discerner la personne de la fonction [44] et en évitant de dévaloriser l'adulte, ce qui risquerait d'aggraver la culpabilité du patient.

Le courant des thérapies familiales, en particulier systémique, a réfléchi aux modalités des psychothérapies dans le cas des maltraitances intrafamiliales. En préalable, un tel travail ne peut s'entreprendre que si l'adulte reconnaît la responsabilité des actes. Le traitement de la famille inclut

des étapes de différenciation [45] permettant à chacun de se reconnaître et de se réapproprier une place adéquate. La pratique à plusieurs partenaires développée par différents auteurs [46] souligne l'importance de la concertation afin d'éviter le morcellement de l'accompagnement de ces familles. La reconnaissance ou non des faits par leur auteur joue fréquemment un rôle majeur dans la reconstruction de la victime [47].

Par ailleurs, certains enfants vont développer des troubles psychiatriques ou cognitifs avérés qu'il ne faut pas interpréter comme la seule conséquence de la maltraitance, quelle que soit son importance, au risque de voir se pérenniser des difficultés supplémentaires. Ainsi, certains de ces enfants peuvent présenter des troubles internalisés invalidants (anxiété, dépression) qui peuvent justifier d'un abord thérapeutique spécifique. D'autres vont voir perdurer un trouble externalisé (en particulier trouble de l'attention avec hyperactivité), nécessitant parfois une prescription de stimulant malgré l'amélioration du contexte psychosocial. Dans notre expérience, on retrouve souvent chez les enfants placés à l'aide sociale à l'enfance et hospitalisés en pédopsychiatrie, une comorbidité psychiatrique longtemps ignorée ou au second plan derrière une compréhension psychopathologique exclusivement adaptative au contexte de maltraitance [48]. Ainsi, toutes choses égales par ailleurs, le risque de ne pas avoir de bilan orthophonique malgré des difficultés de langage oral ou écrit dans ce contexte est 3,5 fois plus important par rapport aux enfants hospitalisés en pédopsychiatrie sans contexte ASE [49].

Multidisciplinarité

Le volet social double les soins médico-psychologiques tout au long de la prise en charge de ces enfants. Ces différents axes peuvent parfois être source de confusion voire de suspicion pour l'enfant et sa famille. Dès lors, il convient

que chaque intervenant puisse bien définir ses rôles et son champ de compétence mais aussi de s'assurer de la compréhension globale de l'enfant, afin que les investigations socio-judiciaires et les soins ne soient vécus de façon passive et intrusive et conduisent à une survictimisation [22,46].

En Belgique, des équipes pluridisciplinaires spécialisées dans l'évaluation et le traitement des enfants victimes de maltraitements ont été mises en place comme les équipes « SOS enfants » [46]. En France des équipes se sont spécialisées dans les situations de maltraitance, comme le centre du psychotrauma de l'institut de victimologie [43]. Compte tenu de la fréquence des situations de tels centres d'expertise sont rarement des structures de soins de 1^{re} ligne; leurs rôles dans la formation et la prise en charge des cas complexes est néanmoins importants.

Prise en charge sociale de des enfants victimes de maltraitance

Généralités

L'évaluation des interventions en cas de maltraitance est non seulement importante pour améliorer la prise en charge de ces enfants mais aussi pour informer les professionnels et encourager le repérage de ces situations. On distingue les mesures associées à un placement extrafamilial des mesures associées au maintien au domicile.

Mesures associées au maintien à domicile

Prévenir la récurrence des abus est essentiel quand l'agresseur vit toujours avec l'enfant. Le principal objectif des interventions est alors la promotion des compétences parentales. Ce soutien peut prendre la forme de visites au domicile, d'un travail de guidance parentale, voire d'une psychothérapie structurée. Des programmes d'entraînement aux aptitudes parentales sont évalués depuis une dizaine d'années [50–52]. Une méta-analyse a montré une taille d'effet modéré de ces approches dans la prévention de la récurrence des abus ($d=0,54$), qui serait plus importante dans les cas d'abus sexuel ($d=0,69$) [50]. Le programme PCIT (*parent-child interaction therapy*), qui se focalise sur les interactions parents-enfants, est le plus étudié. Cette intervention, lorsqu'elle est pratiquée pendant 28 mois, a montré une diminution du nombre de nouveaux signalements d'abus physique (36 vs 49%) [53]. D'autres techniques ont été évaluées comme les thérapies d'inspiration cognitivo-comportementale [54] ou les thérapies de résolution de problèmes. L'efficacité des visites à domicile sur la récurrence de maltraitance est encore controversée, bien que certains programmes aux États-Unis montrent des résultats encourageants [55,56].

Certaines interventions ciblent spécifiquement un type de maltraitance. En cas d'abus sexuels, plusieurs prises en charges psychologiques peuvent être proposées aux enfants pour traiter ou éviter le développement de symptômes psycho-traumatiques [52,57,58]. Les thérapies cognitivo-comportementales centrées sur les traumatismes ont actuellement le meilleur niveau de preuve dans cette indication [57,58]. En cas d'abus émotionnel, des

interventions visant à améliorer la sensibilité maternelle et l'attachement mère-enfant se sont développées. Ces thérapies se concentrent sur les biais d'attribution des parents, les représentations négatives des parents de l'enfant ainsi que les attentes vis-à-vis de la relation avec l'enfant [59]. En cas de négligence, différents programmes ont été évalués: *resilient peer treatment*, *imaginative play programme*, *multi systemic therapy*, *day treatment intervention* [60,61]. Mais la faible taille des échantillons utilisés, l'absence de groupe témoin, et l'utilisation de critères de jugement intermédiaires rendent difficile l'extrapolation de leurs résultats. Une méta-analyse de ces interventions retrouve une efficacité faible à modérée sur l'insensibilité parentale ($d=0,33$) et sur l'attachement insécurité ($d=0,20$) mais pas sur la survenue ou la récurrence d'abus émotionnels [61]. Des interventions auprès des enfants témoins de violences conjugales ont aussi été proposées [62].

Mesures associées à une séparation du milieu familial

La difficulté à concevoir des études randomisées rend difficile d'apprécier l'efficacité comparative des différentes prises en charge. Des études épidémiologiques ont été menées pour comparer le devenir d'enfants victimes d'abus ou de négligence placés comparativement à ceux restant au domicile familial [63–66]. Ainsi, plusieurs études observationnelles ont montré chez les enfants placés dans un contexte de maltraitance par rapport aux enfants maintenus au domicile: moins de comportements antisociaux, moins d'absentéisme scolaire, de meilleurs résultats scolaires, de meilleures stratégies d'adaptation [67] ainsi qu'une meilleure qualité de vie [68]. Une seule étude contrôlée a pu être menée, elle porte sur une cohorte d'enfants abandonnés et vivant en institution très carencée en Roumanie qui ont été assignés après leur accueil aux États-Unis par randomisation à rester en institution spécialisée américaine ou partir vivre en famille d'accueil. Il apparaît que les enfants admis en famille d'accueil, surtout les plus jeunes, ont des résultats cognitifs meilleurs à 42 et 54 mois [69]. Les études qui ont comparé le placement en famille élargie par rapport aux familles d'accueil montrent globalement un effet plus positif des premières, avec moins de chance d'être maltraité, moins de rupture de logement, de meilleurs résultats sur les comportements après un ajustement sur les symptômes internalisés initiaux [70].

En France en 2009, 70 000 enfants sont placés en accueil familial, ce qui représente près de la moitié de l'ensemble des enfants confiés à l'ASE [71]. Les travaux menés depuis une trentaine d'années sur le devenir à l'âge adulte de sujets ayant été placés dans l'enfance montrent des résultats globalement similaires à ceux retrouvés dans les études anglo-saxonnes, avec une situation professionnelle et résidentielle proche des témoins d'âge et de milieu social comparables [65]. Ces études soulignent l'importance de la stabilité du placement pour rendre possible la création de nouveaux liens d'attachement et d'identification chez l'enfant. La nécessité d'offrir un soutien psychologique et social au-delà de la période de placement voire au-delà de la majorité de l'enfant est reconnue par plusieurs auteurs [64,72].

Tableau 2 Études visant à évaluer les programmes de promotion et prévention en santé mentale chez les très jeunes enfants.

| Étude | Programme | | | Résultats | | |
|---|---|---|--|---|--|--|
| | Sujets | Type d'intervention | Période | Sur l'enfant | Sur la parentalité ou les interactions parents-enfants | Sur la maltraitance |
| <i>Études anglo-saxonnes (effets montrés sur la maltraitance)</i> | | | | | | |
| Nurse Family Partnership (Olds 1998, 2002) [76,77] | n = 735 (255 vs 245 vs 235) Essai randomisé avec 3 bras États-Unis Femmes ≤ 19 ans, familles monoparentales, situation économique difficile | VAD hebdomadaire puis espacées toutes les 2, 3, 4, puis 6 semaines par des infirmières expérimentées (n = 235) ou des volontaires entraînés (n = 245) | Prénatal [1 ^{er} mois] Postnatal [0–2 ans] | Diminution du nombre des visites d'urgence de 38 % Après 3 ans : une augmentation des capacités intellectuelles (Trail Making Test part B) Après 15 ans : moins de troubles de comportement (CBCL), diminution des problèmes d'alcool (56 %), des actes de délinquance (81 %) | Réduction du taux de chômage de 83 % Réduction de 75 % du nombre d'accouchements précoces et augmentation du poids à la naissance Réduction des consultations chez le médecin généraliste pour des blessures et autres accidents domestiques | Oui Diminution des abus de 15 % |
| Early Start Programm (Fergusson 2005) [78] | n = 443 (220 vs 223) Essai randomisé Nouvelle-Zélande Familles à risque (âge, isolement social, situation économique difficile, violence familiale, abus de substance) | VAD hebdomadaire pendant 1 mois, puis tous les 3 mois par des assistantes sociales | Postnatal [0–2 ans] | Diminution de la fréquence des hospitalisations pour blessure Diminution des symptômes internalisés Meilleur suivi scolaire | Meilleure compétence parentale (A-API, CRPRPI) | Oui Réduction des hospitalisations pour abus sévères et négligences Division par 3 du taux d'abus physiques rapportés par les parents |
| Triple P (Prinz 2009) [79] | n = 649 Monobras États-Unis Toutes familles ayant au moins un enfant | Entraînement des familles au programme Triple P | Postnatal [0–16 ans] | Diminution des troubles du comportement Amélioration de l'estime de soi Meilleur développement psychomoteur | Meilleure compétence parentale | Oui Réduction du taux de maltraitance documenté, du taux de placements extrafamiliaux, des hospitalisations ou de passage aux urgences pour blessures |

| Étude | Programme | | | Résultats | | |
|--|--|---|---|---|---|---|
| | Sujets | Type d'intervention | Période | Sur l'enfant | Sur la parentalité ou les interactions parents-enfants | Sur la maltraitance |
| Healthy Families America (Cullen 2010) [82] | n = 201 Monobras États-Unis Familles à risque de maltraitance (KFSI) | VAD hebdomadaire par assistante sociale | Prénatal Postnatal [0–5 ans] | Meilleure compétence sociale et émotionnelle (ASQ-SE) | Meilleure compétence parentale (A-API) | Oui Réduction des châtiments corporels |
| <i>Études européennes</i> Community Mothers (Johson 1993, 2001) [83,84] | n = 232 (127 vs 105) Essai randomisé Grande-Bretagne, Irlande, Pays-Bas Familles milieu socio-économique défavorisé, monoparentales, réfugiés, mineurs primipares | VAD 1 à 2 fois par semaine par volontaires formés | Postnatal [0–2 ans] Irlande, [0–7 ans] Grande-Bretagne, [0–18 mois] aux Pays-Bas | Meilleure nutrition, statut vaccinal et développement psychomoteur À 7 ans Davantage de lecture et meilleur statut nutritionnel | Meilleure compétence parentale Persiste à 7 ans | Non |
| Instapje Project et Opstap Project (Riksen-Walraven 1996, Van Tuijl 2001) [85] | n = 181 (122 vs 59) Comparatif non randomisé Pays-Bas Familles avec milieu socio-économique défavorisé d'origine turque ou marocaine | VAD hebdomadaire par prof. de santé | Postnatal [12–24 mois] pour Instapje Project [2–6 ans] pour Opstap Project | Amélioration des compétences cognitives (lectures, expression, logico-mathématiques) et scolaire | Augmentation du support parental | Non |
| Strating Well (Ross 2005) [86] | n = 627 (367 vs 260) Comparatif non randomisé Écosse Toutes familles ayant au moins un enfant | VAD par prof. de santé Programme Triple P | Prénatal Postnatal [0–3 ans] | | Réduction des symptômes dépressifs, de l'anxiété maternelle et de l'isolement social Meilleure information sur les services communautaires | Non |

Tableau 2 (Suite).

| Étude | Programme | | | Résultats | | |
|--|--|--|--|--|--|---------------------|
| | Sujets | Type d'intervention | Période | Sur l'enfant | Sur la parentalité ou les interactions parents-enfants | Sur la maltraitance |
| European Early Promotion Project (Davis 2004) [87] | n = 223 (110 vs 103) Angleterre (mené conjointement en Serbie, Monténégro, Finlande, Chypre, Grèce) Comparatif non randomisé Famille à risque (Need Index) | VAD hebdomadaire par prof. de santé | Prénatal [3 ^e trimestre] Postnatal [ns] | | Meilleure qualité des interactions mère/enfant à 24 mois en Grèce et au Royaume-Uni, et en plus sur l'environnement familial en Finlande | Non |
| Études françaises CAPEDP (Dugravier 2009) [88] | n = 440 (222 vs 218) Randomisée Région parisienne Primipare ≤ 26 ans ayant soit un niveau éducatif faible, soit socialement isolé, soit bénéficiant de la CMU ou de l'AME | VAD bimensuelles par psychologues supervisées | Prénatal [3 ^e trimestre] Postnatal [0–2 ans] | CBCL, KIDI, BL-R | Plus grande sensibilité maternelle et meilleure qualité de l'attachement Meilleure insertion sociale Meilleure compétence parentale (HOME) | Non |
| InterregIV-A PPSM2 (Fidry 2014) [89] | n = 91 (49 vs 42) Non randomisé Meurthe et Moselle Toutes les familles | VAD 1 visite toutes les 3 semaines puis tous les mois puis tous les 2 mois par psychologue | Postnatal [0–2 ans] | Meilleur développement psychomoteur (BL-R) | | Non |

VAD : visites à domicile ; P-CCTS : Parent-Child Conflict Tactics Scale ; A-API : Adult–Adolescent ; CRPRPI : Child Rearing Practices Report Parenting Inventory ; KFSI : Kempe Family Stress Inventory ; ASQ-SE : Ages and Stages Questionnaire : Social-Emotional ; HOME : Home Observation for the Measurement of the Environment ; BL-R : Brunet Lézine révisé ; ns : non significatif ; prof. : professionnel.

Un peu plus de la moitié des enfants placés en famille d'accueil retrouvent leur foyer d'origine, mais entre 20 et 40 % d'entre eux seront de nouveaux placés [66]. Des études longitudinales sur les effets de la réunification montrent que les enfants retournant vivre dans leur famille d'origine présenteront par rapport à ceux restant en famille d'accueil davantage de symptômes externalisés et de comportements à risque, de moins bons résultats scolaires, davantage de comportements délictueux, ainsi que plus d'événements de vie difficiles après ajustement sur les caractéristiques psychosociales des enfants [73]. Le risque de décès de mort violente serait 1,5 fois plus élevé chez les enfants retournant dans leur domicile familial comparés aux enfants restés en famille d'accueil [74]. Ces résultats soulignent l'importance de la stabilité du lieu de vie dans la prise en charge de ces enfants.

Prévention primaire de la maltraitance infantile

Dans son rapport sur la maltraitance infantile, l'OMS encourage le développement et l'évaluation de programme de prévention [75]. Malheureusement, la plupart du temps, de telles interventions se mettent en place sans qu'une évaluation adéquate ait pu être menée au préalable [66]. Dans une revue systématique de 2006, l'équipe de Barlow conclut à l'absence de preuve de l'efficacité globale de tels programmes sur des critères objectifs [63]. Ces résultats masquent en fait une grande hétérogénéité des études et des différentes interventions.

Les visites à domicile des familles à risque permettraient de prévenir l'abus physique et la négligence avec des résultats très variables selon le type de programme, le contenu et les intervenants [51]. Deux programmes ont montré une efficacité sur des critères objectifs dans plusieurs essais contrôlés randomisés : le Nurse-Family Partnership (États-Unis) [76,77] et l'Early Start Programme (Nouvelle-Zélande) (Tableau 2) [78]. Dans les deux cas il s'agit de visites répétées au domicile par des infirmiers chez des mères considérées à haut risque de maltraitance (primipares, faibles revenus). Le premier programme a permis la diminution de 32 % des visites aux urgences et de 15 % la fréquence des abus et des situations de négligences graves [76,77]. Le second programme a permis de diminuer de 8 % la fréquence des hospitalisations pour blessure, pour abus sévères et négligences graves, et de diviser par 3 le taux d'abus physiques rapporté par les parents [78]. Des programmes d'entraînement aux aptitudes parentales se sont mis en place dans les pays anglo-saxons. L'intervention la mieux évaluée est le programme Triple P (pour Positive Parenting Program), il s'agit d'interventions auprès de parents sous forme de guidance parentale. Un essai contrôlé randomisé multicentrique sur 18 villes, retrouve dans le groupe des parents ayant bénéficié de ce programme moins de maltraitance documentée ($d = 1,09$), moins de placement extrafamilial ($d = 1,22$) et moins de lésions traumatiques liées à la maltraitance ($d = 1,14$) comparé aux autres groupes de parents [79] (Tableau 2). Des programmes de prévention des traumatismes cérébraux chez les nourrissons ont été mis en place dans les hôpitaux américains, en particulier

pour prévenir le syndrome des bébés secoués. Une intervention éducative (associant un support vidéo, des posters et des prospectus) menée dans 16 hôpitaux dans l'état de New York a permis une diminution de la prévalence des traumatismes cérébraux dans les 66 mois qui ont suivi l'introduction du programme (22,2 contre 47,5 cas pour 100 000 naissances) [80]. En revanche, les programmes en milieu scolaire de prévention des abus sexuels largement répandus aux États-Unis, permettent une augmentation des connaissances des enfants, ainsi que des comportements plus adaptés lors de jeux de rôles ; mais leur effet réel sur la prévention de la survenue ou la révélation d'abus sexuels n'est pas significatif [81].

Des projets de promotion de la santé chez l'enfant se sont développés à l'échelle européenne, une revue a été proposée par l'OMS sur les différents programmes de prévention/promotion dans le domaine de la santé mentale auprès des enfants entre zéro et six ans, elle montre une grande variation en fonction de la politique de santé, du système scolaire et du système de soins de chaque pays [90] : comme le European Early Promotion Project [87], le programme Community Mothers au Royaume-Uni [83,84], le Instapje Project et Opstap Project aux Pays-Bas [85] ou Starting Well en Écosse [86] (Tableau 2) (pour une revue plus détaillée voir Delawarde et al., 2013 [91]).

En France, plusieurs essais ont été conduits pour évaluer l'efficacité d'intervention précoce chez l'enfant et sa famille [88,91] (Tableau 2) ; de telles études ne ciblent pas spécifiquement les comportements de maltraitances et s'inscrivent dans les programmes de soutien des populations les plus fragiles et de promotion de la parentalité. L'étude CAPEDP, réalisée en région parisienne chez 440 femmes primipares de faibles revenus, évalue l'efficacité d'accompagnement spécifique au domicile débutant au troisième trimestre de la grossesse et se poursuivant pendant deux ans comparativement au suivi médico-social habituellement proposé [88]. Le programme « Interreg IV-A-Programme transfrontalier de prévention et de promotion de la santé mentale » propose un accompagnement des enfants pendant les deux premières années de vie grâce à des visites au domicile. Cette intervention a montré des effets positifs dans un essai comparatif incluant 91 familles pour 49 enfants exposés au programme [89].

Au final, ces interventions ont montré un effet significatif sur plusieurs indicateurs (développement psychomoteur, compétences parentales, estime de soi chez les parents, attachement parents-enfant, recours aux services d'aide et de soin) mais leur effet sur la maltraitance est rarement évalué spécifiquement.

Conclusion

Ces dernières années, la diminution du taux d'abus physique et sexuel et la meilleure reconnaissance des situations d'abus émotionnel et de négligence grave montrent que le problème est loin d'être irrémédiable. La sous-déclaration globale de la maltraitance constatée grâce au recoupement de différentes sources, peut être infléchi par une meilleure formation des professionnels et davantage de coordination avec les agences de protection de l'enfance. Par ailleurs, l'identification des facteurs de risque chez l'enfant, sa

famille et son milieu, a permis de mettre en place des études de dépistage primaire et secondaire qui montrent des résultats très prometteurs, comme par exemple les interventions ciblées chez les femmes célibataires ou victimes de violence conjugale. Il est encore difficile d'extrapoler directement ces conclusions compte tenu de la spécificité des systèmes de protection de l'enfance dans chaque pays. De nombreuses études sont en cours pour évaluer les effets de programmes préventifs au cours de la périnatalité sur le développement de l'enfant, la qualité des interactions et les compétences parentales. L'ampleur des conséquences à long terme de la maltraitance infantile et la multiplicité des intervenants, qui dans la majorité des cas ne sont pas des professionnels de l'enfance doit faire réfléchir à une mutualisation des moyens humains et financiers pour conduire de telles études épidémiologiques et mettre en place des stratégies préventives.

Déclaration d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Références

- [1] Benarous X, Consoli A, Raffin M, Cohen D. Abus, maltraitance et négligence (1) : épidémiologie et retentissements psychiques, somatiques et sociaux. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* 2014, <http://dx.doi.org/10.1016/j.neurenf.2014.04.010> [In press].
- [2] Tursz A. La maltraitance cachée : pour une meilleure connaissance épidémiologique. *Arch Pediatr* 2009;16:936–9.
- [3] US Department of Health and Human Services. Administration on children youth and families. *Child maltreatment 2006*. Washington DC: US Government Printing Office; 2008.
- [4] Woodman J, Pitt M, Wentz R, Taylor B, Hodes D, Gilbert RE. Performance of screening tests for child physical abuse in accident and emergency departments. *Health Technol Assess* 2008;12:1–95.
- [5] Flaherty EG, Sege RD, Griffith J, Price LL, Wasserman R, Slora E. From suspicion of physical child abuse to reporting: primary care clinician decision-making. *Pediatrics* 2008;122:611–9.
- [6] Gilbert R, Kemp A, Thoburn J, Sidebotham P, Radford L, Glaser D. Recognising and responding to child maltreatment. *Lancet* 2009;373:167–80.
- [7] MacMillan HL, Jamieson E, Walsh CA. Reported contact with child protection services among those reporting child physical and sexual abuse: results from a community survey. *Child Abuse Negl* 2003;27:1397–408.
- [8] Jones R, Flaherty EG, Binns HJ, Price LL, Slora E, Abney D. Clinicians' description of factors influencing their reporting of suspected child abuse: report of the Child Abuse Reporting Experience Study Research Group. *Pediatrics* 2008;122:259–66.
- [9] Lindberg DM, Lindsell CJ, Shapiro RA. Variability in expert assessments of child physical abuse likelihood. *Pediatrics* 2008;121:945–53.
- [10] Hymel KP. When is lack of supervision neglect? *Pediatrics* 2006;118:1296–8.
- [11] Chang DC, Knight VM, Ziegfeld S, Haider A, Paidas C. The multi-institutional validation of the new screening index for physical child abuse. *J Pediatr Surg* 2005;40:114–9.
- [12] Lanktree CB, Gilbert AM, Briere J, Taylor N, Chen K, Maida CA. Multi-informant assessment of maltreated children: convergent and discriminant validity of the TSCC and TSCYC. *Child Abuse Negl* 2008;32:621–5.
- [13] Dube SR, Anda RF, Felitti VJ, Chapman DP, Williamson DF, Giles WH, et al. Childhood abuse, household dysfunction, and the risk of attempted suicide throughout the life span: findings from the Adverse Childhood Experiences Study. *JAMA* 2001;286:3089–96.
- [14] Briere J, Johnson K, Bissada A, Damon L, Crouch J, Gil E, et al. The trauma symptom checklist for young children (TSCYC): reliability and association with abuse exposure in a multi-site study. *Child Abuse Negl* 2001;25:1001–14.
- [15] Bernstein DP, Stein JA, Newcomb MD, Walker E, Pogge D, Ahluvalia T. Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse Negl* 2003;27:169–90.
- [16] Wolfe V, Gentile C, Michienzi T, Sas L, Wolfe DA. The children's impact of traumatic events scale: a measure of post-sexual abuse PTSD symptoms. *Behav Assess* 1991;13:359–83.
- [17] Molenat F. Prévention de la maltraitance : le rôle des maternités. Colloque national sur les violences faites aux enfants le 14 juin 2013. Paris: Sénat; 2013.
- [18] Peters R, Barlow J. Systematic review of Instruments designed to predict child maltreatment during the anti-natal and post natal periods. *Child Abuse Rev* 2005;12:416–39.
- [19] Vilain A. Les maternités en 2010. Premiers résultats de l'enquête nationale périnatale. *Etud Resultats* 2011;776:1–8.
- [20] Goldman JDG, Padayachi UK. Child sexual abuse reporting behaviour by school counsellors and their need for further education. *Health Educ J* 2005;64:302–22.
- [21] Joussemme C. *Maltraitance et sévices à enfant (hors abus sexuels)*. EMC Psychiatrie/Pédopsychiatrie Paris: Elsevier Masson; 2010.
- [22] Horassius N, Mazet P. Conséquences des mlatraitances sexuelles : reconnaître, soigner, prévenir. Conférence de consensus de la Fédération Française de Psychiatrie. Montrouge: J. Libbey Eurotex; 2004.
- [23] Nathanson M. The physically and emotionally abused child. In: Mason JK, Purdue BN, editors. *The pathology of trauma*. London: Arnold; 2000.
- [24] Vinchon M, Defoort-Dhellemmes S, Desurmont M, Dhellemmes P. Accidental and non-accidental head injuries in infants: a prospective study. *J Neurosurg* 2005;102:380–4.
- [25] Royal College of Paediatrics and Child Health. *Child protection companion*. London: Royal College of Paediatrics and Child Health; 2006.
- [26] Kemp AM, Dunstan FD, Harrison S, Morris S, Mann M, Rolfe K. Patterns of skeletal fractures in child abuse: systematic review. *BMJ* 2008;337:a1518.
- [27] Chester DL, Jose RM, Aldlyami E, King H, Moiemmen NS. Non-accidental burns in children – are we neglecting neglect? *Burns* 2006;32:222–8.
- [28] Maguire S, Moynihan S, Mann M, Potokar T, Kemp AM. A systematic review of the features that indicate intentional scalds in children. *Burns* 2008;34:1072–81.
- [29] Maguire S, Mann MK, Sibert J, Kemp A. Are there patterns of bruising in childhood which are diagnostic or suggestive of abuse? A systematic review. *Arch Dis Child* 2005;90:182–6.
- [30] Heger A, Ticson L, Velasquez O, Bernier R. Children referred for possible sexual abuse: medical findings in 2384 children. *Child Abuse Negl* 2002;26:645–59.
- [31] Baginsky M. *Schools social services and safeguarding children. Past practice and future challenges*. London: NSPCC; 2007.
- [32] Sèrpahin G. Observatoire nationale de l'enfance en danger. *Enfance en danger, enfance maltraitée : mieux cerner le phénomène pour mieux agir, intervention du 4 juin 2013*. Paris: Sénat; 2013.

- [33] Ferenczi S. Confusion de langue entre les adultes et l'enfant, 1932. Paris: Payot; 2004.
- [34] Freud S. Moïse et le monothéisme, 1939, dans *L'homme Moïse et la religion monothéiste*. Paris: Gallimard; 1993.
- [35] Bourrat MM. Visions psychanalytiques actuelles du traumatisme. In: *Intervention à la Journée nationale de la société française de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*. 2011.
- [36] Heim C. Parents agresseurs et enfant victime : maintenir le lien? *Cah Crit Ther Fam Prat Reseaux* 2001;27:155–66.
- [37] Wildin SR, Williamson WD, Wilson GS. Children of battered women: developmental and learning profiles. *Clin Pediatr* 1991;30:299–304.
- [38] Boszormenyi-Nagy I, Krasner B. Glossaire de thérapie contextuelle. *Dialogue* 1991;111:31–44.
- [39] Salem G. Le droit de faire du mal aux siens. *Cah Crit Ther Fam Prat Reseaux* 2011;44:93–110.
- [40] De Becker E. Comment la maltraitance intrafamiliale se répète-t-elle? *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* 2007;55:185–93.
- [41] Romano H. Être un adulte transitionnel ou comment permettre l'enfant de se dégager de l'impact du trauma. *Dialogue* 2010;189:121–30.
- [42] Delage M. Résilience dans la famille et tuteurs de résilience : qu'en fait le systémicien? *Ther Fam* 2004;25:339–47.
- [43] Sadlier K. L'enfant face à la violence de couple. Paris: Dunod; 2010.
- [44] Gutfriend C. La psychothérapie de groupe à travers les contes : une expérience clinique avec les enfants placés en foyer. *Psychiatr Enf* 2002;45:207–45.
- [45] Bowen N. Family therapy in clinical practice. New York: J. Aronson; 1978 [Traduction française. La différentiation du Soi Paris : ESF ; 1984].
- [46] Haevoets YM. La souffrance des familles maltraitées à l'épreuve de l'intervention : vers une éthique de l'intervention médico-psycho-sociale. *Evol Psychiatr* 2003;68:509–29.
- [47] Salem G. Cérémonie du pardon dans la thérapie des familles maltraitées. *Psychiatr Sci Hum Neurosci* 2008;6:9–16.
- [48] Kayser C, Jaunay E, Giannitelli M, Deniau E, Brunelle J, Bonnot O, et al. Facteurs de risque psychosociaux et troubles psychiatriques des jeunes pris en charge par l'aide sociale à l'enfance et ayant recours à des soins hospitaliers. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* 2011;59:393–403.
- [49] Giannitelli M, Plaza M, Guillemont F, Hingant A, Bodeau N, Chauvin D, et al. Troubles du langage oral et écrit chez des jeunes pris en charge par l'aide sociale à l'enfance et bénéficiant de soins hospitaliers. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* 2011;59:492–500.
- [50] Skowron E, Reinemann DHS. Effectiveness of psychological interventions for child maltreatment: a meta-analysis. *Psychother Theory Res Pract Train* 2005;42:52–71.
- [51] MacLeod J, Nelson G. Programs for the promotion of family wellness and the prevention of child maltreatment: a meta-analytic review. *Child Abuse Negl* 2000;24:1127–49.
- [52] Stallard P. Psychological interventions for post-traumatic reactions in children and young people: a review of randomised controlled trials. *Clin Psychol Rev* 2006;26:895–911.
- [53] Chaffin M, Silovsky JF, Funderburk B, Valle LA, Brestan EV, Balachova T, et al. Parent-child interaction therapy with physically abusive parents: efficacy for reducing future abuse reports. *J Consult Clin Psychol* 2004;72:500–10.
- [54] Kolko DJ. Clinical monitoring of treatment course in child physical abuse: psychometric characteristics and treatment comparisons. *Child Abuse Negl* 1996;20:23–43.
- [55] MacMillan HL, Thomas BH, Jamieson E, Walsh CA, Boyle MH, Shannon HS, et al. Effectiveness of home visitation by public-health nurses in prevention of the recurrence of child physical abuse and neglect: a randomized controlled trial. *Lancet* 2005;365:1786–93.
- [56] Gershater-Molko RM, Lutzker JR, Wesch D. Using recidivism data to evaluate Project Safecare: teaching bonding, safety, and health care skills to parents. *Child Maltreat* 2002;7:277–85.
- [57] Macdonald GM, Higgins JP, Ramchandani P. Cognitive-behavioural interventions for children who have been sexually abused. *Cochrane Database Syst Rev* 2006;4 [CD001930].
- [58] Ramchandani P, Jones DP. Treating psychological symptoms in sexually abused children: from research findings to service provision. *Br J Psychiatry* 2003;183:484–90.
- [59] Glaser D. Emotional abuse and neglect (psychological maltreatment): a conceptual framework. *Child Abuse Negl* 2002;26:697–714.
- [60] Allin H, Wathen CN, MacMillan H. Treatment of child neglect: a systematic review. *Can J Psychiatry* 2005;50:497–504.
- [61] Bakermans-Kranenburg MJ, van IJzendoorn MH, Juffer F. Less is more: meta-analyses of sensitivity and attachment interventions in early childhood. *Psychol Bull* 2003;129:195–215.
- [62] Lieberman AF, Van Horn P, Ippen CG. Toward evidence-based treatment: child-parent psychotherapy with preschoolers exposed to marital violence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2005;44:1241–8.
- [63] Barlow J, Simpkins D, Stewart-Brown S. Interventions to prevent or ameliorate child physical abuse and neglect: findings from a systematic review. *J Child Serv* 2006;1:6–28.
- [64] Samson B. Les enfants de l'aide sociale à l'enfance, 20 ans après. *Arch Pediatr* 2007;14:735–7.
- [65] Frechon I, Dumaret AC. Bilan critique de 50 ans d'études sur le devenir adulte des enfants placés. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* 2008;56:135–47.
- [66] MacMillan HL, Wathen CN, Barlow J, Fergusson DM, Leventhal JM, Taussig HN. Interventions to prevent child maltreatment and associated impairment. *Lancet* 2009;373:250–66.
- [67] Horwitz SM, Balestracci KM, Simms MD. Foster care placement improves children's functioning. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2001;155:1255–60.
- [68] Davidson-Arad B, Englechin-Segal D, Wozner Y. Short-term follow-up of children at risk: comparison of the quality of life of children removed from the home and children remaining at home. *Child Abuse Negl* 2003;27:733–50.
- [69] Nelson CA, Zeanah CH, Fox NA, Marshall PJ, Smyke AT, Guthrie D. Cognitive recovery in socially deprived young children: the Bucharest Early Intervention Project. *Science* 2007;318:1937–40.
- [70] Taussig HN, Culhane SE. Contextual influences on mental health and behavioral outcomes of children in foster care. In: Poster session presented at the 15th international conference on mental health services research, National institute of mental health. 2002.
- [71] IGAS Inspection Général des Affaires Sociales. Mission d'enquête sur le placement familial au titre de l'aide sociale à l'enfance, rapport n° RM2013-018P, Paris; 2013.
- [72] Dumaret AC, Guerry E, Crost M. Placements dans l'enfance et devenir à l'âge adulte: insertion générale et qualité de vie liée à la santé. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* 2011;59:289–98.
- [73] Sinclair I, Baker C, Wilson K, Gibbs I. Foster children: where they go and how they get on. London: Jessica Kingsley; 2005.
- [74] Barth RP, Blackwell DL. Death rates among California's foster care and former foster care populations. *Child Youth Serv Rev* 1998;20:577–604.
- [75] Butchart A, Kahane T, Phinney Harvey A, Mian M, Furniss T. Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence. Geneva: WHO and International Society for the Prevention of Child Abuse and Neglect; 2006.
- [76] Olds D, Henderson Jr CR, Cole R, Eckenrode J, Kitzman H, Luckey D. Long-term effects of nurse home visitation on

- children's criminal and antisocial behavior: 15-year follow-up of a randomized controlled trial. *JAMA* 1998;280:1238–44.
- [77] Olds DL, Robinson J, O'Brien R, Luckey DW, Pettitt LM, Henderson Jr CR. Home visiting by paraprofessionals and by nurses: a randomized, controlled trial. *Pediatrics* 2002;110:486–96.
- [78] Fergusson DM, Grant H, Horwood LJ, Ridder EM. Randomized trial of the Early Start program of home visitation. *Pediatrics* 2005;116:803–9.
- [79] Prinz RJ, Sanders MR, Shapiro CJ, Whitaker DJ, Lutzker JR. Population-based prevention of child maltreatment: the US Triple P system population trial. *Prev Sci* 2009;10:1–12.
- [80] Dias MS, Smith K, DeGuehery K, Mazur P, Li V, Shaffer ML. Preventing abusive head trauma among infants and young children: a hospital-based, parent education program. *Pediatrics* 2005;115:470–7.
- [81] Zwi KJ, Woolfenden SR, Wheeler DM, O'Brien TA, Tait P, Williams KW. School-based education programmes for the prevention of child sexual abuse. *Cochrane Database Syst Rev* 2007;2 [CD004380].
- [82] Cullen JPO, Ownbey JB, Ownbey MA. The effects of the Healthy Families America Home Visitation Program on parenting attitudes and practices and child social and emotional competence. *Child Adolesc Soc Work* 2010;27:335–54.
- [83] Johson Z, Howell F, Molloy B. Community mother's programme: randomized controlled trials of non-professional intervention in parenting. *BMJ* 1993;306:1449–52.
- [84] Johnson, Molloy B, Scallan E, Fitzpatrick P, Rooney B, Keegan T, et al. Community mothers programme, seven-year follow-up of a randomised controlled trial of non-professional intervention in parenting. *J Public Health Med* 2001;22:337–42.
- [85] Van Tuijl C, Leseman PM, Rispens J. Efficacy of an intensive homebased educational intervention programme for 4 to 6-year-old ethnic minority children in the Netherlands. *Int J Behav Dev* 2001;25:148–59.
- [86] Ross MK, de Caestecker L, Sinclair M, Lakey T. The Staring Well Demonstration Project. *Prevention* 2005;26:205–20.
- [87] Davis H, Ispanovic V, Puura K, Tsiantis J, Turenen MM, Paradi-siotou A. Comment évaluer la promotion de la santé? Premiers résultats du Projet Européen de Promotion Précoce de la santé. In: Haddad A, Guedeney A, Greacen T, editors. *Santé mentale du jeune enfant : prévenir et intervenir*. Ramonville Saint-Agne: Erès; 2004.
- [88] Dugravier RA, Guedeney A, Saias T, Greacen T, Tubach F, le groupe de recherche CAPEDP. Compétences parentales et attachement dans la petite enfance : diminution des risques liés aux troubles de santé mentale et promotion de la résilience (CAPEDP) : une étude longitudinale de prévention précoce des troubles de la relation mère-enfant. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* 2009;57:482–6.
- [89] Fidry E, Claudon P, Saad Saint-Gilles S, Sibertin-Blanc D. Prendre soin du bébé et de sa famille : une expérience de recherche-action en périnatalité. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* 2014, <http://dx.doi.org/10.1016/j.neurenf.2013.12.007> [in press].
- [90] Rapport OMS, Europe OMS. Les écoles promotrices de santé : un investissement pour l'éducation, la santé et la démocratie. Rapport OMS Europe; 1997 www.euro.who.int/enhps
- [91] Delawarde C, Briffault X, Usubelli L, Saias T. Aider les parents à être parents? Modèles et pratiques des programmes «evidence-based» d'aide à la parentalité. *Ann Med Psychol* 2013, <http://dx.doi.org/10.1016/j.amp.2012.12.007> [in press].