

Les enfants négligés : ils naissent, ils vivent, mais surtout ils survivent

Neglected children: birth, life and survival

Stéphanie Bednarek¹, Gaëtan Absil², Chantal Vandoorne², Sophie Lachaussée³, Marc Vanmeerbeek¹

Points essentiels :

- Les conséquences de la négligence, malgré ce qui a été longtemps pensé, peuvent être nombreuses et graves.
- Le développement physique et neurophysiologique peut être altéré par le manque de stimulations ou via un vécu de stress chronique qui augmente la production de cortisol.
- Progressivement, un retard psychomoteur et un déficit cognitif (retard de langage, trouble de la concentration, etc.) peuvent apparaître.
- Le fonctionnement émotionnel peut être profondément touché et entraîner des relations sociales dysfonctionnelles, oscillant entre retrait et agressivité.
- Les soignants de première ligne ont un rôle à jouer dans le repérage des situations à risque et l'accompagnement au long cours des familles de leurs patients.
- Les interventions doivent idéalement être précoces, participatives et travailler à la qualité de la relation parent-enfant.

¹ Département universitaire de Médecine générale, Université de Liège

² APES-ULg, appui en promotion et en Education pour la santé, STES, Ecole de Santé Publique de l'Université de Liège

³ Equipe SOS Familles, Centre Hospitalier Chrétien, Liège

Key points:

- Child neglect leads to numerous and serious consequences.
- The physical and neurophysiological development can be altered by the lack of stimulation or via a chronic stress which increases the production of cortisol.
- Gradually, psychomotor and cognitive deficits can appear.
- The emotions can be deeply touched and cause dysfunctional social relationship, ranging from withdrawal to aggressiveness.
- Primary care health practitioners have a role to play in the screening of risk situations and long term follow-up of the families.
- The interventions should ideally begin early, be participatory and based on an enhancement of the parent-child relationship.

Chez le jeune enfant, le retard de développement psychomoteur fait rechercher d'abord une cause organique de déficience mentale : atteinte prénatale d'origine génétique (affection chromosomique, métabolique, hypothyroïdie congénitale) ou acquise, périnatale ou postnatale précoce. Le retard peut aussi être lié à des troubles psychopathologiques du nourrisson [1]. Parallèlement à l'exploration de ces causes, il est nécessaire de vérifier qu'il ne s'agit pas d'une situation de négligence et examiner de plus près la situation familiale.

Le présent article a pour but de donner au clinicien des éléments d'identification de la négligence infantile, de préciser ses conséquences et de donner les caractéristiques d'une intervention utile.

Qu'est-ce que la négligence ?

Négligence... Le terme semble vague, et pour cause, le phénomène a lui-même été longtemps négligé. La littérature est ambiguë face à ce type de maltraitance ; il existe un manque de précision quant à la définition-même de la négligence, ce qui complique l'identification des situations problématiques. De plus, la négligence envers les enfants entraîne des sentiments négatifs chez les soignants. Enfin quelques préjugés ont encore la vie dure, comme :

- La négligence n'entraîne pas de conséquences graves ;
- Il est inapproprié de juger les parents qui font preuve de négligence en raison de leur pauvreté ;
- Le problème est insurmontable ;
- Il est plus urgent de s'occuper d'autres formes de mauvais traitements [2].

Face à cette diversité de définitions de la négligence, nous avons adopté celle de Zuravin et DePanfilis (1997) selon laquelle la négligence est une défaillance (intentionnelle ou par omission) de la première figure d'attachement à apporter à l'enfant les soins de base nécessaires [3]. Carter et Myers citent le National Clearinghouse on Child Abuse and Neglect Information (2004) qui apporte une précision importante à cette première définition; quatre types sont répertoriés : négligence physique (nourriture, abri, vêtements), médicale (omission de soins, refus de traitement, y compris en santé mentale), déficit d'éducation et de supervision de ses activités et enfin négligence émotionnelle [4].

Quelles en sont les conséquences ?

Conséquences émotionnelles et affectives

Une relation parent-enfant chaleureuse et adéquate est la base d'un développement émotionnel optimal. C'est notamment grâce à des moments de synchronies, c'est-à-dire d'interactions réciproques adaptées, que l'enfant peut développer un attachement de type « sécure » et apprendre à gérer ses propres émotions. Si le parent ne perçoit pas ou mal les signaux émis par l'enfant, ces moments de synchronie sont trop rares et l'attachement qui se développe est de type « insécure » (Tableau I) [5]. Ces enfants risquent alors de développer des représentations inadéquates d'eux-mêmes et des autres. Ils se perçoivent comme n'étant pas digne d'être aimés et ils se représentent les autres comme indisponibles ou rejetants.

Tableau I : L'attachement

Il s'agit d'un processus complexe qui influence l'individu tout au long de sa vie. Dès les premiers mois le bébé crée des liens avec la figure maternelle (ou tout autre personne qui assure les soins et la fonction maternelle). En fonction des interactions qui se développent entre eux, quatre types d'attachement ont été identifiés de manière fiable. L'attachement peut être de type différent en fonction de la personne (ex : attachement sécure avec la mère et insécure avec le père).

- **L'attachement sécure** : l'enfant a confiance dans le fait que sa figure d'attachement sera disponible, lui répondra et l'aidera dans des situations adverses. Avec cette assurance, il se sent enhardi pour ses explorations du monde. Le parent, durant les premières années, est facilement disponible et sensible aux signaux et besoins d'affection, de protection de l'enfant.
- **L'attachement angoissé ambivalent** : l'enfant n'est pas certain que

son parent sera disponible s'il fait appel à lui. L'incertitude crée l'angoisse de séparation et handicape l'exploration du monde. Le parent est parfois disponible, parfois pas, notamment lorsqu'il utilise des menaces d'abandon comme moyens de discipline.

- **L'attachement angoissé évitant** : l'enfant n'a aucune confiance dans le fait que, s'il cherche des soins, il lui sera répondu de manière utile, mais il s'attend au contraire à être repoussé. Il tente de vivre sa vie sans amour et sans soutien de la part des autres ; il essaie de se suffire à lui-même. Ce schème est la conséquence de rejets fréquents lorsque l'enfant cherche réconfort et protection.
- **L'attachement angoissé désorganisé – désorienté** : l'enfant présente des comportements incohérents ; son comportement se fige par moment, en présence de sa figure d'attachement, ou bien le bébé agrippe le parent tout en s'éloignant avec le reste de son corps. Ce schème semble particulièrement fréquent chez les enfants victimes de mauvais traitements vécus durant la première année.

Les enfants négligés auraient des niveaux plus bas de représentations positives de soi que les enfants physiquement maltraités, comme si le contact physique, même sous forme de maltraitance, était moins nocif que l'absence de contact [6].

Conséquences sociales

Les problèmes sociaux peuvent en partie s'expliquer par les difficultés émotionnelles que l'enfant aurait préalablement vécues. En effet, ses difficultés à reconnaître les émotions en lui et chez les autres vont l'empêcher de développer en grandissant des relations sociales adéquates et de qualité [5, 7]. Le développement oscille entre deux pôles : d'une part un

retrait social, caractérisé par peu de moments d'interactions positives avec les pairs, et d'autre part un comportement plus agressif lors d'interactions, moins marqué toutefois que celui des enfants maltraités physiquement [7].

Conséquences neurophysiologiques

La négligence chez les enfants, comme la maltraitance, engendre une situation de stress chronique. L'impact sur le développement cérébral peut être direct. Le manque de stimulation peut conduire à un moindre développement de régions comme les lobes temporaux, impliqués dans la régulation des émotions et le traitement d'informations sensorielles. [8].

Ces situations de stress chronique peuvent également augmenter la production de cortisol et, par cet intermédiaire, entraîner la mort de neurones ainsi que la diminution du volume hippocampique. Les troubles de la production de cortisol, néfastes à long terme, peuvent susciter des comportements agressifs, des troubles de la mémoire, etc. [8,9].

Conséquences physiques

Ne pas répondre aux besoins alimentaires ou d'hygiène de l'enfant a clairement des répercussions physiques. Plus précisément, certains enfants ayant vécu une situation de négligence présentent un retard staturo-pondéral (poids du nourrisson de 20 % inférieur au poids idéal pour la taille) sans autre cause organique [2].

Conséquences cognitives

Un retard de développement cognitif dû au manque de stimulations peut apparaître très tôt dans la vie de l'enfant. Certains auteurs l'ont démontré chez de jeunes enfants âgés entre 3 à 30 mois à partir d'un seuil bas de négligence. Les effets délétères semblent plus alarmants lorsqu'un enfant victime de négligence « casse » sa courbe staturo-pondérale [10]. Hildyard

et Wolfe parlent du déclin dramatique du quotient de développement qui a été mis en évidence dans l'intéressant Minnesota Mother-Child Project, chez les jeunes enfants ayant été émotionnellement négligés par des mères identifiées à risque concernant le parenting [7].

Faut-il intervenir et comment ?

Il existe des programmes d'intervention précoce à domicile qui ont pour but de venir en aide aux familles négligentes ou à risque de le devenir. En quoi consistent-ils et quelle efficacité peut-on en attendre ?

Efficacité

Les études concernant les interventions précoces amènent des résultats équivoques. Si certains auteurs aboutissent à des résultats positifs aux niveaux cognitif et socio-émotionnel d'autres sont confrontés à l'absence des résultats attendus [11,12]. Si un certain nombre d'études ont échoué dans le projet de prouver qu'il existe des bénéfices consistants chez les enfants, il semble que cela soit du en partie à la précipitation à évaluer un projet sans réelle réflexion autour de la qualité de son processus [13]. Une intervention précoce de qualité devrait reposer sur les qualités suivantes.

Caractéristiques des interventions

Renforcer les compétences de l'enfant

L'enfant négligé a besoin de stimulations sensorielles et psychomotrices adaptées à son âge. Elles peuvent lui être apportées par du massage, des jeux développant ses aptitudes motrices et relationnelles. Des intervenants extérieurs à la famille peuvent initier ces comportements chez les parents et y participer durant de nombreux mois. Les interventions durent idéalement jusqu'à ce que le relais soit assuré par d'autres structures éducatives comme l'école maternelle.

Le plus tôt semble être le mieux

Un début précoce serait un prédicteur de la rémanence des acquis de l'intervention chez la mère, même en cas d'abandon prématuré du programme [14].

Les premiers contacts avec la famille identifiée à risque de négligence devraient intervenir idéalement durant la grossesse. Les problèmes sociaux, relationnels, d'addictions peuvent déjà être identifiés et pris en charge. L'acceptation de la grossesse, la préparation de la venue de l'enfant peuvent déjà être travaillées. Si le lien entre les parents et les intervenants peut se former à ce moment, la confiance tissée garantira la pérennité du programme.

Travailler le lien parent-enfant

Si l'objectif à long terme de l'intervention précoce est le bien-être de l'enfant, son développement adéquat aux niveaux physique, intellectuel, émotionnel et social, ne peut être atteint qu'en prenant en compte également son (ses) parent(s), médiateur(s) de son évolution [11]. Au-delà des stimulations motrices, cognitives, émotionnelles de l'enfant, un travail sur le lien parent(s)-enfant est nécessaire pour permettre l'apparition des bénéfices et leur rémanence.

Les parents seront renforcés dans leurs compétences éducationnelles. Cela suppose d'une part un transfert de savoir entre l'intervenant et le parent et d'autre part une valorisation des apprentissages et des compétences latentes.

Certaines familles nécessiteront un accompagnement psychologique. Le fonctionnement psychologique des parents, par exemple de la mère, semble également jouer un rôle de modérateur au niveau de l'impact d'une intervention précoce [15]. Il sera important de recueillir les attentes et les perceptions que développent les parents négligents à propos de l'enfant car celles-ci sont parfois biaisées négativement [16].

Démarche participative

Depuis la publication de la charte d'Ottawa pour la promotion de la santé en 1986, l'accent a été mis sur la nécessaire participation de tous aux démarches de santé : mise en valeur des ressources individuelles et sociales des personnes elles-mêmes ; collaboration des professionnels de santé avec les professionnels de l'action éducative et sociale, avec les groupes profanes de la communauté et avec les particuliers [17].

Transposé au problème de la négligence, ce principe conduit à construire l'intervention au départ des forces présentes chez la personne en interaction avec son milieu (approche basée sur la résilience) plutôt que du constat de carence établi par les professionnels (approche basée sur la vulnérabilité) (Tableau II) [18]. Dans le même esprit, les interventions à domicile sont préférées aux placements d'enfants en crèche ou autres institutions, sauf si après quelques essais les soignants jugent la famille « intraitable » pour reprendre l'expression de Kempe [19].

Une intervention basée sur la résilience semble avoir un meilleur impact sur les familles [20].

Tableau II : Comparaison entre l'approche orientée vers la résilience et celle orientée vers la vulnérabilité. (d'après Jourdan-Ionescu [18])

	Approche orientée vers la vulnérabilité	Approche orientée vers la résilience
Cible ?	Déficiences/vulnérabilité	Forces/résilience
Pourquoi ?	Remédier au problème	Engendrer l'espoir et prévenir les difficultés d'adaptation de l'enfant
Quand ?	Au moment d'une crise	Prévention primaire ou secondaire (intervention précoce)
Où ?	Milieus spécialisés	Environnement naturel

Quoi et comment?	Intervention bâtie à priori par des experts externes	Intervention concertée en une équipe de partenaires informés, multiples alternatives d'intervention et co-construction de l'intervention avec la famille
Qui?	Experts ou direction par des experts pour l'implantation et l'évaluation de l'intervention	Équipe de partenaires dans l'implantation et l'évaluation de l'intervention

Quels rôles le soignant de première ligne peut-il jouer ?

Être attentif aux facteurs de risque

La littérature nous montre que les situations de négligence sont liées à certains facteurs de risque. Le facteur « pauvreté » revient fréquemment, ainsi que l'abus de substances, un vécu de maltraitance et/ou de négligence et/ou de placement durant l'enfance du parent.

Au départ du guide canadien de médecine préventive et du guide d'évaluation des compétences parentales de Steinhauer, nous avons construit avec les intervenants d'une recherche-action sur la négligence un tableau d'aide à l'identification des situations présumées de négligence à l'usage des soignants de première ligne [21,22]. Dans cet outil non encore validé, nous proposons six catégories pour aider à la mémorisation facile des grands facteurs de risque (Tableau III).

Tableau III : Aide à l'identification des situations présumées de négligence

Négligence des enfants : « Puces à l'oreille »	
Problèmes de logement	Instabilité domiciliaire (+ de 2 déménagements au cours de la dernière année)

	Facteurs de stress liés au(x) déménagement(s)
	Promiscuité
	Foyer bruyant
	Logement peu propice et à risque d'accidents (escaliers dangereux, fil électriques apparents)
Problèmes financiers	Surendettement
	Stress lié au surendettement
	Report d'achat de choses essentielles / Signe(s) extérieur(s) d'une mauvaise gestion financière
	Report de soins médicaux ou d'hygiène dentaire
Problème de santé mentale / physique du parent	Handicap physique
	Trouble psychique (dépression, ou autre)
	Alcoolisme
	Abus de substances
Caractéristiques psychosociales à risque du parent/de la famille	Parent(s) adolescent(s)
	Famille monoparentale
	Grossesse non désirée
	Laps de temps court entre les différentes grossesses
	Principes d'éducation inadaptés
	Ignorance des soins à fournir à un enfant
	Indices de déficience intellectuelle
	Manque de maturité
	Faible scolarisation
	Rupture(s) et placement(s) dans l'enfance

	Vécu de négligence et/ou de maltraitance durant l'enfance du (des) parent(s)
	Vécu traumatique
	Manque d'organisation / vie chaotique
	Conflits de couple et/ou violence conjugale
Problèmes dans les relations entre adultes	Conflits relationnels (famille, voisin ou autre)
	Nouvelle relation intime qui prend toute la place
	Divorce/séparation
	Pas de médecin fixe
Problème au niveau du réseau social	Peu d'amis
	Pas de loisir / activité en dehors du domicile
	Soutien familial inadapté
	Difficulté d'intégration due à une situation d'immigration

Les difficultés répertoriées ne sont ni exhaustives ni pathognomoniques. Notre but n'est pas de quantifier un risque mais bien de mettre rapidement la puce à l'oreille du soignant pour permettre une prise en charge éventuelle.

Le faible statut socio-économique est le premier facteur de risque cité par le guide canadien de médecine préventive. Pour éviter de faire de la pauvreté un cliché stigmatisant, nous avons remplacé ce concept par les différents facteurs de stress physiques et sociaux liés aux faibles revenus : logement inadapté, difficultés relationnelles liées à la promiscuité, etc. Vivre dans un endroit peuplé et bruyant rend les parents moins sensibles aux demandes et signaux envoyés par leur(s) enfant(s) [23].

Sensibiliser au plus tôt et orienter les familles

Lorsqu'une situation de négligence avérée ou la présence de plusieurs facteurs de risque sont constatées, il est important de pouvoir en discuter avec le(s) parent(s). Le thérapeute, s'il a leur confiance, est bien positionné pour les sensibiliser à l'importance d'une intervention précoce. Il est important de bien connaître le programme d'intervention vers lequel envoyer cette famille car les mots choisis auront un impact sur les représentations parentales du programme et leur adhésion à celui-ci (Tableau IV).

Tableau IV : Ou référer ?

Pour s'aider dans sa recherche d'un service d'aide, le praticien peut utilement s'aider des sites Internet suivants. Certains de ces outils sont très récents et leur développement rapide. Les associations référencées seront sans doute capables dans un certain nombre de cas d'orienter mieux la recherche. Les caractéristiques des interventions décrites dans le texte de cet article pourront aider le lecteur à évaluer l'intérêt des divers types d'aide trouvés dans sa région.

Pour la France

- www.oned.gouv.fr : L'observatoire national de l'enfance en danger, dans la rubrique "Dispositifs et Pratiques" présente des expériences innovantes et jugées pertinentes, en particulier pour le soutien à la parentalité, en milieu ouvert comme en cours de placement. Il renvoie à de nombreux sites français et étrangers et ouvre un espace aux départements (annuaires et échanges d'expériences).
- www.interventions-precoces.sante.gouv.fr/ : Sous le lien « Les interventions précoces et les actions de soutien », on trouvera une liste de quelques associations locales. Dans la partie réservée aux professionnels de la petite enfance (inscription préalable et gratuite), le moteur de recherche avancée permet de chercher des initiatives locales sur un mot clé (choisir « parentalité » plutôt que « négligence »).

- www.clubase.net : le site de l'Aide sociale à l'Enfance a pour objet de fédérer tous les professionnels des départements en charge de la prévention et de la protection de l'enfance au sein d'un réseau de mutualisation des connaissances. Ce site propose une rubrique sur les initiatives à faire connaître.
- www.apriles.net : sous le lien « Enfance/Familles », diverses actions locales, dont certaines en lien avec la thématique de protection de l'enfance.

Pour la Belgique

- www.parentalite.cfwb.be : Le site propose un outil de recherche sous le lien « Actions parentalité » qui permet le choix de la thématique, de l'âge de l'enfant et de la province ou commune.
- www.yapaka.be/tous/page/ou-trouver-de-laide : Répertoire d'adresses plus générales de services d'aide à la jeunesse.

Pour la Suisse

- www.unil.ch/ome : Observatoire de la maltraitance envers les enfants. Sous le lien « Bienvenue > Liens », une liste d'organisations actives dans le domaine de la maltraitance.

Pour le Canada

- www.centrejeunessedemontreal.qc.ca : Le Centre jeunesse de Montréal. Lien vers « Nos coordonnées » et vers « Sites partenaires »
- www.cjmcq.qc.ca : Le Centre jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec. Lien vers « Offre de services ».
- www.centrejeunessemonteregion.qc.ca : Le Centre jeunesse de la Montérégie. Lien vers

Accompagner dans la durée

Le thérapeute qui réfère une famille à un programme d'intervention précoce n'a pas terminé sa prise en charge. En effet, le maintien de la collaboration entre tous les intervenants, et surtout avec celui qui a référé, est primordial [24]. Ces familles manquent fréquemment de repères précis, d'indications claires et transparentes [25]. En outre, il y a souvent une multitude d'intervenants autour d'elles. Plus que jamais, le thérapeute de référence disposant de la confiance des parents, généraliste ou pédiatre, a un rôle de soutien des parents et de coordination des intervenants. Il est important qu'il tienne son rôle dans la durée pour stabiliser et valoriser les acquis parentaux.

Conclusion

De nombreux intervenants, médicaux ou psycho-sociaux, sont confrontés régulièrement à la négligence. Identifier les situations le plus tôt possible et référer les familles à des structures pouvant fournir une intervention de qualité réduit le risque de séquelles chez l'enfant et lui offre la chance d'une meilleure évolution.

Attendre d'en savoir assez pour agir en toute lumière, c'est se condamner à

l'inaction.

Jean Rostand

Conflits d'intérêts : aucun.

Bibliographie

- [1] Mazet P, Stoléro S. Développement affectif et relationnel et Expressions symptomatiques. In : Psychopathologie du nourrisson et du jeune enfant. Développement et interactions précoces. Paris: Masson; 2003. p. 84-89 et p.181-84.
- [2] Sullivan S. La négligence à l'égard des enfants : Définitions et modèles actuels. Examen de la recherche portant sur la négligence à l'égard des enfants 1993–1998.
http://www.phac-aspc.gc.ca/ncfv-cnivf/violencefamiliale/pdfs/nfnts-childbneglect_f.pdf.
p.1-92 consulté le 11/12/07.
- [3] Zuravin S, DePanfilis J. Factors affecting foster care placement of children receiving child protective services. Social Work Research 1997;21:34-42.
- [4] Carter V, Myers MR. Exploring the risks of substantiated physical neglect related to poverty and parental characteristics: A national sample. Child Youth Serv Rev 2007;29:110-21.
- [5] Schore AN. The neurobiology of attachment and early personality organization. Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health 2002;16:249-63.
- [6] Toth SL, Cicchetti D, Macfie J, Emde RN. (1997). Representations of self and other in the narratives of neglected, physically abused, and sexually abused preschoolers. Dev Psychopathol 1997;9:781-96.
- [7] Hildyard KL, Wolfe DA. Child neglect: developmental issues and outcomes. Child Abuse Negl 2002;26:679-95.
- [8] Balbernie R. Circuits and circumstances: The neurobiological consequences of early relationship experiences and how they shape later behaviour. Journal of Child Psychotherapy 2001; 27:237-55.
- [9] Glaser D. Child Abuse and Neglect and the Brain – A Review. J Child Psychol.Psychiatry. 2000;41:97-116.

- [10] Mackner LM, Starr RH, Black MM. The cumulative effect of neglect and failure to thrive on cognitive functioning. *Child Abuse Negl* 1997;21:691-700.
- [11] Sweet MA, Appelbaum MI. Is home visiting an effective strategy ? A meta-analytic review of home visiting programs for families with young children. *Child Dev* 2004;75:1435-56.
- [12] MacMillan HL, Thomas BH, Jamieson E, Walsh CA, Boyle HM, Shannon HS, *et al.* Effectiveness of home visitation by public-health nurses in prevention of the recurrence of child physical abuse and neglect: a randomised controlled trial. *Lancet* 2005;365:1786-93.
- [13] Roggman LA, Boyce LK, Cook GA, Jump VK. Inside home visits: a collaborative look at process and quality. *Early Child Res Q.* 2001;16:53–71.
- [14] Honing AS, Morin C. When should programs for teen parents and babies begin? Longitudinal evaluation of a teen parents and babies program. *J Prim Prev* 2001;21:447-54.
- [15] Hutcheson JJ, Black MM, Talley M, Dubowitz H, Bereson Howard J, *et al.* Risk status and home intervention among children with failure-to-thrive: follow up at age 4. *J Pediatr Psychol.* 1997;22:651-68.
- [16] Hildyard KL, Wolfe DA. Cognitive processes associated with child neglect. *Child Abuse Negl* 2007;31:895-907.
- [17] WHO. The Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion, Ottawa, 21 November 1986.
<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/index.html> Consultation du 8/8/2008.
- [18] Jourdan-Ionescu C. Intervention écosystémique individualisée axée sur la résilience. *Revue Québécoise de Psychologie* 2001;22:163-86.
- [19] Kempe RS, Kempe CH, Stafilas E, Brédart S. L'enfance torturée. Bruxelles: Mardaga; 1981.

- [20] Caldera D, Burrell L, Rodriguez K, Crowne SS, Rohde C, Duggan A. Impact of a statewide home visiting program on parenting and on child health and development. *Child Abuse Negl.* 2007;31(8):829-52.
- [21] Agence de la Santé publique du Canada. Guide canadien de médecine préventive. <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/clinic-clinique/pdf/s2c29f.pdf> Consultation du 7/8/2008.
- [22] Centre de Jeunesse de Montréal – Institut Universitaire Guide d'évaluation des capacités parentales (adaptation du guide de Steinhauer) Octobre 2003. http://www.centrejeunessedemontreal.qc.ca/evaluation/pdf/guide_compétences_parentales.pdf Consultation du 11/12/2007.
- [23] Evans GW, English K. The environment of poverty: Multiple stressor exposure, psychophysiological stress, and socioemotional adjustment. *Child Dev* 2002;73:1238-48.
- [24] Gilbert R, Kemp A, Thoburn J, Sidebotham P, Radford L, Glaser D *et al.* Recognising and responding to child maltreatment. *Lancet* 2008;2. (Epub).
- [25] Dumaret AC, Constantin-Kuntz M. Support médicosocial et éducatif: Devenir de familles très carencées confrontées à l'alcool. *Pratiques psychologiques* 2005;11:85–100.