

# Dépistage des risques de maltraitance physique et de négligence : développement d'un instrument pour infirmières sociales<sup>1</sup>

Walter HELLINCKX et Hans GRIETENS

Dans ce chapitre, nous présentons un instrument de dépistage des risques de maltraitance physique et de négligence, qui est développé au sein de la Section d'Orthopédagogie de l'université catholique de Louvain (Belgique). Le développement de cet instrument a été commandité par l'organisation « Enfant et Famille » pour aider les infirmières sociales en Flandre à détecter des risques de maltraitance et de négligence. « Enfant et Famille » est une institution communautaire qui a pour mission de suivre la santé et le bien-être des jeunes enfants entre 0 et 3 ans en Flandre. Des infirmières sociales assistent les familles en rendant des visites aux accouchées, à domicile et par des consultations. Notre présentation sera centrée sur la construction de l'instrument, son contenu, la théorie sous-jacente, et les différents problèmes concernant la recherche de la validité. Avant de présenter les résultats de notre travail, nous nous attarderons sur la définition de la maltraitance, la motivation du dépistage, et les problèmes liés au dépistage. Après avoir présenté l'instrument, nous évoquerons le déroulement de la recherche en cours, les questions relatives à la formation des infirmières sociales et les solutions proposées concernant la validité de l'instrument, qui actuellement est seulement en cours d'expérimentation.

## Maltraitance et dépistage : définitions opérationnelles et motivations

### *Définition de la maltraitance*

Jusqu'ici, il n'y a pas encore de définition claire et définitive de la maltraitance. On se sert de plusieurs définitions, dans la littérature comme dans la pratique. Ce phénomène est lié au fait que la maltraitance de l'enfant est une construction sociale et non pas une notion dont le contenu est objectivement vérifiable (Baartman, 1996). Toute tentative de définition de la maltraitance envers les enfants est nécessairement porteuse de valeurs relatives notamment à l'éducation, aux droits de l'enfant, à la violence dans la famille, au développement de l'enfant, etc. Le contenu du concept de la maltraitance de l'enfant varie de (sub)culture à (sub)culture et d'époque à époque (Korbin, 1997). Le terme de maltraitance de l'enfant couvre donc un contenu très large et complexe.

Même s'il est très difficile de définir la maltraitance envers l'enfant, il est pourtant nécessaire de le faire pour initier une recherche à caractère scientifique. Une des définitions les plus courantes est : « La maltraitance de l'enfant concerne chaque situation où l'enfant, d'une manière passive ou active, est victime d'actions menaçantes et/ou violentes de nature physique, psychique ou sexuelle ». Les différentes formes de maltraitance sont incluses dans cette définition : maltraitance physique, maltraitance psychique, abus sexuel et négligence (Kind et Gezin, 1997).

Dans notre recherche, nous adhérons à la définition de Baartman (1996) qui, en synthétisant la littérature, a caractérisé la maltraitance comme un problème pédagogique, c'est-à-dire une manifestation de problèmes éducatifs sérieux. A la base de ces problèmes se trouvent plus particulièrement des facteurs qui ont trait à la personne du parent (par exemple un manque de conscience pédagogique) et qui dès le début menacent la relation parent-enfant, et pas seulement des conditions externes comme la prématurité ou la pauvreté par exemple.

---

<sup>1</sup> Version française revue par Lorraine Vieuxblé (Sciences de l'éducation, Paris X Nanterre).

NDLR : cet article est paru dans le livre « Evaluation(s) des maltraitances – rigueur et prudence », Edition Fleurus Psychopédagogie, Paris, 2002.

### ***Importance du problème***

Les données numériques sur l'ampleur du problème de la maltraitance et de la négligence en Flandre sont très limitées, à l'exception des signalements aux « centres de confiance pour la maltraitance »<sup>2</sup>. En 1997, 6.576 enfants ont été signalés, ce qui représente 51.9 enfants sur 10.000 dans la communauté flamande, un peu plus de 0,5% (Kind et Gezin, 1997).

Même des enfants très jeunes peuvent être victimes de la maltraitance. En 1997, à peu près 12% des enfants qui étaient signalés aux centres de la maltraitance étaient âgés de 0 à 3 ans (Kind et Gezin, 1997).

### ***Dépistage des risques de maltraitance***

Le dépistage des risques de maltraitance physique et de négligence est important pour des raisons qui ont rapport à la prévention. Ces dernières années, on a porté de plus en plus d'attention à la prévention, pas seulement dans la pratique mais aussi dans la recherche scientifique (par exemple Baartman, 1996; Browne et Herbert, 1997).

Pourquoi la prévention de la maltraitance est-elle si importante ? Les motifs les plus importants sont résumés par Baartman (1996).

La prévention est de la plus grande importance en raison de la misère que la maltraitance cause dans les familles. Il ne s'agit pas seulement de la souffrance intense au moment de la maltraitance, mais aussi des problèmes continus dans le développement des enfants victimes (Knutson, 1995). Des études nous ont appris que des enfants maltraités ou négligés ont par exemple beaucoup plus de problèmes socio-émotionnels que les enfants non maltraités de leur groupe d'âge (par exemple, états dépressifs, angoisses), plus de problèmes comportementaux (par exemple, agressivité) et plus de problèmes en ce qui concerne le développement cognitif (par exemple, stagnation cognitive). À long terme, il y a le problème du transfert de génération en génération de la maltraitance (Buchanan, 1996). Les victimes de la maltraitance sont plus susceptibles de maltraiter leurs enfants (Kaufman et Zigler, 1989). En général, le risque qu'ils maltraitent leur enfant est au moins six fois plus grand que chez des parents qui n'ont pas été maltraités dans leur enfance (30% de maltraitance dans le premier groupe, moins de 5% dans le deuxième groupe).

Un troisième argument en faveur de la prévention est la constatation empirique que l'aide aux familles qui ont une déjà longue histoire de maltraitance, n'a que des résultats limités, comparée à l'aide préventive aux familles qui ont une histoire de maltraitance plus courte (Baartman, 1996). L'effet positif des programmes de prévention, sélectionnés à l'aide de critères rigoureux, a été montré à l'aide d'une méta-analyse statistique (Geeraert et al., 1998).

Enfin, les conséquences économiques, tels que les coûts des soins médicaux, du placement des enfants, de l'aide chronique aux familles, et des thérapies de longue durée (Browne et Herbert, 1997), ne peuvent pas être négligées.

Afin de faire des interventions préventives, il est nécessaire d'identifier des familles à (grand) risque de maltraitance par un dépistage systématique.

---

<sup>2</sup> Les centres de confiance pour la maltraitance sont une forme d'aide sociale ouverte à tous, il y en a un par province, où l'on peut signaler des problèmes ou des risques. Ils coordonnent l'aide volontaire dans les cas de maltraitance ou assistent d'autres services dans l'aide sociale.

## **Problèmes liés au dépistage**

Le dépistage de risques de maltraitance physique et de négligence est très complexe et difficile. Bien des tentatives ont cependant été entreprises ces dernières décennies partout dans le monde afin de développer des instruments ou des stratégies de dépistage, avec plus ou moins de succès (Baartman, 1996; Famell, 1980; Pourtois, 1995; Rittner et Wodarski, 1995; Staff, 1982). Toutes les équipes scientifiques ont eu les mêmes problèmes. Il y a des équipes qui ont ignoré ces problèmes, et qui ont fait des efforts de dépistage qu'on peut appeler « non scientifiques » (par exemple parce qu'elles n'ont pas tenu compte du problème de la fiabilité ou de la validité des instruments). Il y a des équipes de chercheurs qui sont devenues un peu sceptiques par rapport au dépistage. D'après certains, un dépistage motivé n'est pas encore possible, ou, pour d'autres plus pessimistes, il ne sera jamais possible à cause de problèmes méthodologiques. Et enfin, il y a des équipes qui poursuivent leurs efforts scientifiques et essaient de tenir compte, autant que possible, des différents problèmes. Elles se justifient en insistant sur la nécessité du dépistage des risques dans le contexte de la prévention. Les difficultés signalées ont trait au manque de connaissance de l'étiologie de la maltraitance, aux problèmes méthodologiques et aux aspects éthiques.

### ***Manque de connaissance de l'étiologie***

Si nous voulons établir quelles sont les familles à risque en matière de maltraitance, nous devons savoir quels sont les facteurs qui peuvent causer et faire durer des épisodes de maltraitance. Si nous savions par exemple que tout parent ayant été maltraité dans sa jeunesse, maltraitera probablement son enfant, il devient possible de « dépister » ces parents et de leur donner un encadrement supplémentaire. Toutefois, à ce jour, la connaissance et la compréhension de l'étiologie de la maltraitance d'enfants ne nous le permet pas. (Azar et al., 1998; Baartman, 1996).

Les multiples études sur les facteurs qui sont à la base de la maltraitance d'enfants, ont conduit au constat qu'il existe plusieurs éléments qui, par leur apparition simultanée, déterminent la maltraitance des enfants. Tous ces facteurs sont intégrés dans ce qu'on appelle des modèles écologiques (Baartman, 1996 ; Belsky et Vondra, 1989). En général, on distingue les facteurs de l'enfant (par exemple, tempérament, handicap, poids léger à la naissance...), les facteurs parentaux (par exemple, alcoolisme, antécédents de maltraitance), les facteurs relevant de l'interaction entre parent et enfant (par exemple, susceptibilité et réactions du parent vis-à-vis de l'enfant) et les facteurs relevant de l'environnement (par exemple, le chômage). Ce sont surtout les facteurs qui ont trait à la personne du parent et à l'interaction précoce parent-enfant, qui ont de l'importance pour la prédiction de la maltraitance physique ou de la négligence.

### ***Problèmes méthodologiques***

Il existe de nombreux problèmes méthodologiques, liés au dépistage des risques.

Le premier problème est celui de l'ampleur de la maltraitance des enfants. La maltraitance d'enfant est un important et vaste problème social. Néanmoins, du point de vue de la statistique pure, ce n'est qu'un problème plutôt mineur, puisque la prévalence du phénomène est estimée à 5% environ dans la population générale. Il y a beaucoup plus d'enfants qui ne sont pas victimes de la maltraitance (95%). Moins un phénomène se produit, plus il est difficile à prévoir. Nous devons pour ainsi dire chercher une aiguille dans une botte de foin (Baartman, 1996). La qualité de l'instrument doit donc être excellente, parce que l'objectif est de prédire d'une manière aussi précise que possible quelles sont les familles où les enfants courent le risque d'être maltraités.

La qualité d'un instrument dépend de deux critères: d'un côté le nombre des familles identifiées comme étant à risque doit être aussi élevé que possible (le critère sensitif) , et de l' autre côté le nombre des familles qui ne sont pas à risque et qui font partie du groupe, doit être aussi bas que possible (critère de spécificité) (Kaufman et Zigler, 1989). Un certain nombre de fausses prédictions est inévitable, même si l'instrument utilisé est excellent du point de vue de la psychométrie. Ce sont surtout des fautes liées au critère de la spécificité qui sont rapportées dans la littérature (Rodwell et Chambers, 1992), c'est-à-dire que des familles sont désignées à tort comme à risque.

Un deuxième problème méthodologique concerne la manière dont la valeur discriminatoire d'un instrument est vérifiée. On peut procéder de différentes manières.

La validité discriminatoire concurrente (c'est-à-dire qu'on ne fait pas de prédiction dans l'avenir) peut être examinée en comparant les résultats de deux groupes, l'un composé de familles maltraitantes (sélectionnées à l'aide de critères qui ne sont pas liés à l'instrument) et l'autre composé de familles où il n'y a pas de maltraitance.

Une deuxième possibilité est que l'instrument soit administré à un groupe de familles. À l'aide d'une recherche longitudinale on peut constater si, en effet, des cas de maltraitance se produisent dans les familles qui, selon l'instrument, font partie du groupe de familles à risque. C'est ce que l'on appelle la validité prédictive. Il n'est pourtant pas si évident de se servir de cette méthode et cela pour différentes raisons (Milner et Crouch, 1999). On ne peut pas laisser démunies d'aide, des familles supposées être « à risque ». En outre, se pose le problème du diagnostic de la maltraitance.

### **Aspects éthiques**

Enfin, il faut tenir compte des aspects éthiques. D'abord, si, instrument à l'appui, les familles sont divisées en deux groupes (à risque ou non), il y aura inévitablement des fautes de prédiction, avec le risque de stigmatiser les familles désignées. Cet argument n'est pourtant pas valable pour justifier l'absence de dépistage parce que le risque de la stigmatisation n'est pas lié au développement d'un instrument, mais il existe toujours, dès lors qu'un professionnel prononce un jugement, soit intuitif, soit standardisé, sur le fonctionnement familial ou l'interaction parent-enfant.

Ensuite, on doit faire remarquer que dépister veut aussi dire « intervenir ». Le dépistage n'est pas un but, mais seulement le premier pas dans l'encadrement des familles à risque (Barker, 1990). Il faut donc que tout dépistage soit suivi par des programmes ou des interventions (par exemple de la suppléance familiale).

### **Développement d'un instrument de dépistage en Flandre**

À la fin de l'année 1997, notre laboratoire a été mandaté par « Enfant et Famille » pour développer un instrument de dépistage utilisable par les infirmières sociales que cette organisation emploie.

### **Objectifs de l'instrument**

- Le dépistage de familles de jeunes enfants (entre 0 et 3 ans) à risque de maltraitance physique et de négligence dans la Communauté Flamande.
- La promotion de l'expertise des infirmières sociales dans l'observation et l'identification de signes de risque dans les familles. Pour ce faire :
  - o L'instrument doit être construit de manière à pouvoir aider les infirmières sociales à faire attention aux signes et symptômes lors des visites à l'hôpital et à la maison, et pendant les consultations.

- L'expérimentation et la recherche de la fidélité et la validité d'un instrument ne garantissent pas de bénéfice si celui qui s'en sert n'est pas formé d'une manière adéquate.
- ☞ Aider les infirmières sociales à décider de la suite de l'intervention auprès des familles.
  - Il ne suffit pas d'identifier et d'observer les situations à risque. Il faut aussi prendre des décisions adéquates et mûrement réfléchies en ce qui concerne l'aide aux familles, c'est ce qu'on appelle le « processus décisionnel vigilant » (Janis et Mann, 1977). Des recherches ont montré que, pour prendre des décisions vigilantes, il est nécessaire de réduire l'incertitude et les conjectures subjectives, basées sur l'intuition et l'expérience des infirmières ou des assistants sociaux (Zellman et Coulbourn Faller, 1996). Un instrument de dépistage standardisé peut aider les infirmières d'« Enfant et Famille » à réduire cette incertitude.
  - Dans ce projet nous voulons optimiser les processus décisionnels vigilants. L'instrument devrait aider les infirmières sociales à prendre des décisions fondées concernant la famille. Elles peuvent s'entraîner dans le processus décisionnel vigilant et apprendre à se servir de l'instrument dans des sessions de formation d'équipe.

### ***Point de vue pédagogique sur l'étiologie de la maltraitance***

Ces dernières années, une attention croissante a été donnée au point de vue éducatif et de l'interaction sociale, en matière d'étiologie de la maltraitance physique et de la négligence envers les enfants (Baartman, 1996; Rogosch et al., 1995). Nous nous sommes servis de ce point de vue comme modèle sous-jacent pour la construction de notre instrument. Des processus sociocognitifs et affectifs déterminent chez l'éducateur le regard sur l'enfant, l'interprétation et l'approche de l'enfant et sa relation avec lui. Ces processus sont au centre de ce qu'on appelle « la conscience pédagogique » (Newberger, 1983 ; Baartman, 1996) .La notion de conscience pédagogique est définie par Baartman comme « l'ensemble des idées et des connaissances, sentiments et sensibilités sur lesquels le parent se base pour donner un sens au comportement de son enfant et pour ses propres actions ». Dans le cas de la maltraitance, il s'agit de revendications conflictuelles entre parent et enfant, où les intérêts de l'enfant ne dépassent plus ceux des parents. Baartman discerne trois aspects de conscience pédagogique: les espoirs concernant l'enfant, les expériences et la sensibilité. Les idées des parents concernant l'usage de discipline physique comme moyen éducatif peuvent être un aspect supplémentaire. Les espoirs vis-à-vis de l'enfant comprennent surtout ce que l'on attend de l'enfant pour soi-même. Sous le terme « expériences », nous entendons les soins qui sont donnés à l'enfant, ce qui réellement limite la liberté des parents (temps, espace) et représente une corvée pour le parent. Il y a en outre, l'aspect relationnel de l'éducation : le parent est pris en affection par l'enfant et il peut éprouver de l'affection pour l'enfant. Sensibilité veut dire : intuition, connaître les besoins, émotions et expériences de l'enfant et en tenir compte (Baartman, 1996). Une description plus élaborée de ce point de vue et de son intégration dans notre instrument de dépistage est donné par Grietens et al. (1999).

### ***Construction de l'instrument***

La construction de l'instrument est basée sur une étude détaillée de la littérature et sur des entretiens en groupe avec des infirmières sociales et des experts membres d'« Enfant et Famille » {Grietens et al., 1999}.

### ***Littérature***

Notre recherche s'est concentrée sur les travaux consacrés à la maltraitance physique et à la négligence envers les enfants, et particulièrement sur les recherches récentes de l'étiologie, les facteurs à risque, les avantages et les imperfections du dépistage, les instruments de dépistage (Arnmerman et Hersen, 1990 ; Baartman, 1996; Briere et al., 1996; Milner et

Crouch, 1999; Starr, 1982). Nous avons en outre amplement étudié les instruments existants.

### *Entretiens en groupe*

Le deuxième pilier de notre instrument, ce sont les entretiens en groupe avec les infirmières sociales et les experts membres d'« Enfant et Famille ». Dans la littérature anglo-saxonne, ils sont appelés « focus groups » (Morgan, 1996). L'emploi de focus groups se présente comme une méthode privilégiée pour recueillir de manière planifiée et rapide les données nécessaires pour le développement d'un instrument. Les participants sont rassemblés autour d'un sujet qui les concerne de près (dans ce cas : le développement de l'enfant, l'éducation dans la famille, les facteurs de risque, la maltraitance). Ces entretiens en groupes semi-structurés donnent des informations convaincantes. De la sorte, nous avons voulu améliorer le contact entre les chercheurs et les praticiens qui, dans leur travail quotidien, devront utiliser l'instrument. En outre, l'information élaborée dans ces groupes est d'un niveau très concret, particulier et clinique, dépassant l'information abstraite présentée dans la littérature scientifique. Les groupes nous ont donné la possibilité d'opérationnaliser certains concepts clés de notre recherche, par exemple les exemples de « conscience pédagogique » et « d'aide sociale ». Nous pensons par conséquent que les infirmières sociales se retrouveront plus facilement dans l'instrument. Elles peuvent aussi profiter de la connaissance et de l'expérience de leurs collègues également présentes, dans le domaine des problèmes d'éducation et de maltraitance. Finalement, il est clair que lorsque la participation des infirmières est stimulée dès le début (construction, opérationnalisation des items), la mise en place de l'instrument se fait plus facilement.

Dix-sept infirmières sociales et neuf experts ont participé de façon volontaire aux différents groupes. Ils étaient sélectionnés après distribution d'une lettre de l'organisation. Le caractère non obligatoire de la participation permettait de travailler avec des infirmières très motivées et compétentes dans les domaines traités.

La question étant à la base de nos entretiens était la suivante : « Qu'est-ce qui vous préoccupe en tant qu'infirmière sociale ou expert dans les familles, en ce qui concerne la maltraitance physique et la négligence ? » Par cette question très ouverte nous voulions découvrir l'intuition des infirmières en ce qui concerne les risques de problèmes d'éducation et de maltraitance, ainsi que leur connaissance pratique et leur expérience clinique. Quel est leur point de vue sur les risques dans les familles, au cours de leurs visites à domicile ? Par quoi sont-elles étonnées ou choquées ? Comment décrivent-elles ce qu'elles voient et perçoivent ? Au début, les infirmières parlaient surtout de facteurs et de caractéristiques statiques concernant l'enfant (par exemple prématurité, santé), des parents (par exemple familles monoparentales) ou du contexte (par exemple conditions socio-économiques, financières). L'interaction enfant-parent n'était que secondairement évoquée. En observant systématiquement l'interaction, ainsi que les différents éléments de la conscience pédagogique, le contenu des comptes rendus changeait progressivement et les infirmières prenaient conscience de leurs intuitions et de leurs connaissances des facteurs de risque, liés aux interactions précoces entre l'enfant et le parent.

Trois séries d'entretiens ont été organisées avec deux groupes d'infirmières sociales, et deux séries avec un groupe d'experts par l'expérience. Suite à la présentation de descriptions concrètes de cas, les infirmières sociales et les experts par l'expérience étaient invités à répondre à nos questions. La technique du *critical incident* et du compte rendu filmique ont été utilisées (Flanagan, 1954). Toutes les conversations étaient enregistrées sur cassettes. Le contenu des comptes-rendus était ensuite analysé qualitativement en utilisant comme schéma de codification l'opérationnalisation de: concepts clés de notre point de vue pédagogique sur l'étiologie de la maltraitance physique et de la négligence, c'est-à-dire la notion de « conscience pédagogique », l'histoire des parents et de la famille, l'aide sociale et

la personnalité parentale. L'utilisation d'un schéma de codification n'excluait pas la possibilité d'intégrer de nouveaux éléments ou des concepts clés non prévus au départ. À la fin de l'analyse qualitative une première version de l'instrument a été développée. La structure et le contenu de cette version ont été discutés avec des experts internationaux dans le domaine de la maltraitance, des experts d' « Enfant et Famille », et, une fois de plus, avec les participantes des groupes de concertation. Après ces consultations, une nouvelle version plus définitive a été développée.

### ***Structure et contenu de l'instrument préliminaire***

L'instrument préliminaire de dépistage comprend cinq parties. Chaque section développe un sujet particulier et offre un point de vue pour l'observation et l'évaluation des risques d'une situation éducative:problématique. La structure de l'instrument se présente comme suit :

*Partie I Interaction entre infirmière et parent (9 items)*

*Partie II Interaction parent-enfant*

Section 1 espoirs (6 items)

Section 2 Expérience (13 items)

Section 3 Sensibilité (12 items)

Section 4 Attitude vis-à-vis de la discipline physique (4 items)

*Partie III Parent et famille*

Section 1 Histoire du parent et de la-famille (7 items)

Section 2 Aide sociale (7 items)

Section 3 Personnalité en général des parents (8 items)

*Partie IV Enfant (5 items)*

*Partie V Prise en compte globale des particularités de l'enfant, des parents ou de l'environnement*

Section 1 Particularités de l'enfant (5 items)

Section 2 Particularités des parents (2 items)

Section 3 Particularités de l'environnement (10 items)

La partie I est centrée sur l'interaction entre l'infirmière sociale et le parent. Le contenu de cette partie (cf. annexe 1 pour quelques exemples des items) est surtout basé sur l'information obtenue lors des sessions de concertation. Nous voulons vérifier si la relation avec le parent provoque des tensions, si le contact est différent, moins facile et évident que dans la plupart des familles. Les items démontrent que ceci se manifeste de différentes manières (entre autres, on ne se tient pas à ce qu'on a convenu, on donne des informations incomplètes ou incorrectes sur les soins qu'on donne au bébé, sur la manière dont on le traite ou sur son développement, mais il peut s'agir également d'un sentiment d'embarras dans les différents contacts ou d'un accès limité à la famille). Il est évidemment nécessaire que les observations de l'interaction avec le parent soient testées plusieurs fois en totalité pendant les visites à domicile et les consultations, entre autres pour envisager et questionner la part de l'infirmière dans l'interaction. Les items touchant à l'interaction entre l'infirmière sociale et le parent ne sont pas, en soi, des indications prouvant nécessairement qu'il y ait des risques de situations éducatives problématiques ou de maltraitance d'enfants. Mais il est bien possible que la présence de difficultés dans la relation avec le parent attire l'attention sur la relation entre parent et enfant, parce que de telles difficultés illustrent assez bien le fonctionnement du parent concerné, et plus spécialement la manière dont il/elle noue des contacts dans ses relations interpersonnelles. La recherche scientifique confirme que les parents à risque et plus spécialement ceux qui ont subi des maltraitements ou de la négligence au cours de leur jeunesse, ont des difficultés à nouer n'importe quelle relation

interpersonnelle, par manque de sécurité et de confiance en eux-mêmes et en l'autre (Becker-Lausen et Mallon-Kraft, 1997). Il est donc très plausible que ces difficultés puissent se manifester dans la relation avec l'infirmière sociale.

La partie II traite de l'interaction entre parent et enfant. Pour le contenu de cette partie, nous nous sommes basés sur le point de vue de Baartman (1996) sur la genèse de la maltraitance physique et de la négligence, en particulier sur le rôle central que le concept « conscience pédagogique » y joue, et sur l'information obtenue lors des sessions de concertation avec les infirmières sociales. Nous avons distingué quatre sections : 1) Espoirs, 2) Expériences, 3) Sensibilité, 4) Attitude vis-à-vis de la discipline physique (cf. annexe 1 pour quelques exemples). Dans la section 1, les espoirs forcés concernent les désirs irréalistes que possèdent les parents vis-à-vis de ce que le bébé peut apporter à leur bien-être.

La section 2 traite du vécu négatif du parent, dans les trois aspects de la relation entre parent et enfant : les soins qu'il porte au bébé, voir le bébé grandir et se développer (inclus les limitations), être sensible au plaisir qu'un bébé peut donner. Il est important qu'il n'y ait pas de rapport entre les expériences négatives rapportées et le comportement concret du bébé. Exemple d'attitude négative d'un parent: les soins au nourrisson sont considérés être une corvée, que l'enfant soit facile à soigner ou non. Le fait qu'un bébé soit d'un tempérament calme ou difficile ne joue aucun rôle dans l'attitude négative du parent.

La section 3 contient des items touchant au comportement du parent, plus spécialement au manque ou à l'absence de sensibilité vis-à-vis des besoins du nourrisson. Ces besoins concernent la sécurité, la structure, l'affection, l'amour, la stimulation sociale, l'épanouissement.

Enfin, la section 4 contient des items sur l'attitude du parent vis-à-vis de la discipline physique et l'usage de violence physique comme moyen éducatif.

Ici, comme dans la partie I, il est très important que ce que le parent observe ou rapporte soit contrôlé et testé. Ainsi que nous l'avons dit, il est important de ne pas se fier aux seules premières impressions, au contraire : on doit confirmer l'hypothèse. Quelques-uns des problèmes décrits dans l'interaction entre parent et enfant peuvent être en rapport avec des conditions éducatives particulières ou des facteurs spécifiques concernant la situation. Par exemple :

?? le parent d'un enfant handicapé moteur peut parfois montrer qu'il/elle est déçu(e) de sa relation avec l'enfant, mais toutefois, cela n'est pas en lien avec le fait que l'enfant ne peut, de par sa situation, contribuer au bien-être du parent ;

?? il est également concevable que lors d'une visite à domicile, le parent d'un bébé « pleurnicheur », qui n'a que peu dormi depuis plusieurs nuits, parle en termes négatifs de son bébé.

Néanmoins, une fois sorti de ces contextes précis, lors de la visite suivante, le parent n'aura pas le même discours négatif à l'encontre de son enfant. Une telle attitude ne signifie pas nécessairement que le vécu du parent soit essentiellement négatif. Il est indispensable de vérifier si le vécu négatif n'est pas causé par le comportement concret et ponctuel du bébé. Le nombre de 35 items témoigne de l'importance que nous attachons à l'interaction entre parent et enfant. C'est une conséquence logique du fait que cette partie de l'instrument reflète notre point de vue éducatif sur la maltraitance de l'enfant, que nous définissons en termes de problème éducatif primaire, caractérisé par un manque de notion pédagogique de la part du parent (Baartman, 1996).

La partie III aborde les relations du parent et de la famille. Les items de cette partie sont issus de la littérature traitant des caractéristiques des parents et familles à risque (Baartman, 1996; Milner et Dopke, 1997; Rogosch et al., 1995), ainsi que des sessions de concertation.



Trois différentes sections sont distinguées: 1) Histoire des parents et de la famille, 2) Aide sociale, 3) Caractéristiques générales de la personne du parent (cf. annexe 1 pour quelques exemples).

La première section traite de l'histoire des parents et de la famille. Suite aux recherches déjà effectuées, il s'est avéré à de multiples reprises que les antécédents et la jeunesse des parents, et surtout la façon dont ils les acceptent et dont ils vivent actuellement, ont une grande influence sur leur pratique éducative. Le pourcentage de maltraitance d'enfants dans ce groupe est au moins six fois plus grand que dans la population générale (à supposer que la prévalence soit entre 1% et 5%). Pour cette raison, toute information sur des aspects négatifs de la jeunesse du parent, comme la maltraitance, la négligence ou l'abus sexuel, est très importante. Des items ont été inclus sur une privation d'amour, d'affection et d'attention. En outre, des épisodes plus récents dans l'histoire des parents et de la famille sont à considérer, tels que la violence entre les partenaires, l'éducation des autres enfants, et la présomption de maltraitance, délaissement ou abus sexuel des autres enfants.

La seconde section contient des items permettant de mesurer à quel degré la personne qui s'occupe en premier lieu du nourrisson se sent aidée du point de vue social. La recherche scientifique illustre clairement l'influence du support social, et donne également une idée des conséquences néfastes de l'absence de support ou de l'isolation sociale sur les activités éducatives des parents et sur les risques de maltraitance d'enfants (Baartman, 1996). Les items qui ont été retenus ont trait à la réalité de l'aide de la part du partenaire, des grands-parents, de la famille, des amis, des voisins et de l'environnement.

La troisième section questionne un nombre de caractéristiques plus générales de la personne du parent. Il s'agit de caractéristiques qui ne sont pas directement liées à l'interaction entre parent et enfant, mais qui, selon la recherche scientifique (Milner et Chilamkurti, 1991), sont plus fréquentes chez des parents à risque et dans les familles maltraitantes: le contrôle du stress, les états dépressifs, le manque d'estime de soi, l'impulsivité et la perte de contrôle, et les problèmes de toxicomanie.

Comme dans les parties précédentes (interaction entre infirmière sociale et parent; interaction entre parent et enfant), il est important que l'information obtenue soit approfondie et vérifiée. Un seul contact ne suffira d'ailleurs pas pour en savoir assez sur certains problèmes concernant le sujet des items. Les parents ne parleront probablement pas de leurs antécédents et de leur réseau relationnel sans bien connaître l'infirmière sociale et avoir acquis une réelle confiance en elle. Pour mieux évaluer les caractéristiques de la personne du parent, comme par exemple, un manque de maîtrise de soi ou une apathie, plusieurs contacts sont nécessaires.

Dans la partie IV, c'est l'enfant même qui est au centre. Les items (cf. annexe 1 pour quelques exemples) ont trait aux caractéristiques de l'enfant et ils peuvent tous être classés sous la dénomination « tempérament » (Rothbart et al., 1995). De la recherche et de la pratique éducative quotidienne, il s'est en effet avéré évident que des nourrissons, bien qu'ils vivent dans des contextes éducatifs ou environnementaux similaires, peuvent cependant être très différents. et présenter diverses particularités individuelles. On dit alors qu'un nourrisson n'est pas l'autre. Il y a par exemple des bébés qui semblent être toujours heureux, qui sont faciles à soigner, qui acquièrent rapidement le rythme de l'alternance des jours et des nuits, qui pleurent relativement peu, quelle que soit la personne qui est présente ou qui les soigne. D'autres bébés par contre semblent ne jamais être contents; ils sont difficiles à soigner, continuent à dormir difficilement, pleurent souvent, quelle que soit la personne qui les soigne également. Du premier groupe de bébés, on dit qu'ils ont un tempérament facile; du second, qu'ils ont un tempérament difficile. Les deux groupes entraîneront naturellement des réactions, des comportements et des sentiments différents chez les parents. Un bébé qui

n'aime pas tellement être porté et câliné mais qui se renferme ou commence à pleurer, peut faire naître un comportement négatif ou d'incompréhension chez le parent, contrairement à un bébé qui, lui, apprécie d'être porté et câliné, qui rit aisément ou qui pousse des cris de joie dès qu'il est pris dans les bras. De cette manière, le bébé joue lui-même un rôle dans la relation et l'interaction avec le parent. Les items de cette partie ont pour objectif de montrer de quelle manière le bébé peut contribuer à l'interaction avec le parent, et quel est son rôle d'initiateur de l'interaction. Comme pour les autres parties de l'instrument, il est important que les observations soient testées et contrôlées afin d'évaluer judicieusement la contribution du bébé à l'interaction avec le(s) parent(s).

Dans la partie V, l'ensemble des particularités de l'enfant, du parent et de l'environnement sont sondées (cf. annexe 1 pour quelques exemples). Cette partie est, tant par son contenu que par son application (cf. paragraphe 3.5), quelque peu différente des quatre autres parties de l'instrument. Il s'agit plutôt de caractéristiques statistiques (qui sont donc difficiles à modifier) qui, d'après la recherche, peuvent influencer la relation entre parent et enfant et le développement de situations éducatives problématiques s'orientant vers un risque de maltraitance d'enfants (Milner et Crouch, 1999). L'effet de ces particularités sur le risque de la maltraitance physique ou de la négligence de l'enfant est toutefois plutôt secondaire (Ammerman, 1990 ; Baartman, 1996). Ce sont pourtant des caractéristiques suffisantes pour décider de continuer à suivre la famille, notamment en accompagnant l'éducation du jeune enfant.

### ***Utilisation de l'instrument***

Des parties I à IV, la même méthode est utilisée. En revanche, elle diffère pour la cinquième partie.

#### *Des parties I à IV*

L'objectif est d'observer la fréquence et l'intensité des risques enregistrés. L'utilisation d'une échelle à plusieurs points nous semble convenir parfaitement dans un premier temps, et permet d'éviter des jugements trop catégoriques basés sur des premières impressions et de nuancer les jugements sur les risques présents. Nous avons préféré une échelle à quatre points qui offre les possibilités suivantes :

- 0 = ce n'est pas du tout le cas ;
- 1 = c'est parfois le cas ;
- 2 = c'est souvent le cas ;
- 3 = c'est extrêmement souvent le cas.

#### *Partie V*

Dans cette partie, l'unique question concerne les caractéristiques de l'enfant, du parent ou de l'environnement. Nous utilisons une échelle à deux points avec les possibilités suivantes :  
oui = présent;  
non = absent.

L'instrument doit être utilisé à la fin du processus de l'aide régulière de base, soit après trois ou quatre visites à domicile. À ce moment-là, le bébé est âgé de trois mois environ.

## **Suite de la recherche**

### ***Formation des infirmières sociales***

Un manuel a été rédigé pour aider les infirmières sociales d'« Enfant et Famille » à utiliser l'instrument dans la pratique quotidienne (Hellinckx et al., 1999a). Suite à cela, l'instrument a

été testé pendant trois mois par un groupe expérimental de 40 infirmières sociales, toutes de la communauté flamande, dans des familles à risque et des familles sans risque. Afin que la mise en place de l'instrument dans ce groupe soit bien préparée, le test a été précédé par une formation intensive en utilisant différentes méthodes didactiques : psychodrame, vidéo, vignettes, discussion en groupe (Hellinckx et al., 1999b).

Le projet de formation comprenait quatre sessions. Dans la première session une introduction générale au thème de la maltraitance a été présentée, contenant des informations sur :

- ?? les différentes formes et manifestations du phénomène (maltraitance physique, émotionnelle, abus sexuel, négligence) ;
- ?? l'étiologie, en développant le point de vue pédagogique et les différents éléments du concept « conscience pédagogique » ;
- ?? l'importance de la prévention ;
- ?? le dépistage et les problèmes scientifiques, méthodologiques et éthiques liés au dépistage.

Dans la seconde et la troisième sessions, le contenu de l'instrument et le modèle diagnostique sous-jacent ont été expliqués en détail. L'interprétation de chaque item a été éclaircie. Des exemples concrets ont été donnés pour illustrer la signification des items et la méthode d'utilisation de l'instrument. Une version informatisée (PC) de l'instrument a été présentée.

Après la troisième session, les infirmières ont utilisé l'instrument pendant trois mois dans toutes les familles où elles ont fait des visites à domicile. Durant cette période, elles ont collecté des données dans 391 familles (la source d'information primaire étant la mère) avec un enfant nouveau-né, concernant l'application de l'instrument, son intégration dans le travail quotidien, l'observation des risques exprimés dans les items durant les contacts avec les familles, etc. Dans une session de formation supplémentaire, les infirmières nous ont rendu compte des résultats obtenus.

### ***Recherche sur la fiabilité et la validité***

Dans notre recherche, nous avons rencontré les mêmes problèmes que les autres chercheurs dans ce domaine: manque de connaissance exacte de l'étiologie du phénomène, problèmes méthodologiques, aspects éthiques. Comment proposons-nous de résoudre ces problèmes ? Dans un premier temps, il faut dire qu'aucune solution n'est définitive et que celles qui sont trouvées ne sont que des propositions ou des hypothèses.

En observant tout particulièrement les interactions entre parent et enfant, nous avons tenu compte des facteurs de risque les plus évidents. Après avoir étudié et résumé la littérature traitant ce sujet, nous avons sélectionné des chapitres et des items se rapportant à la conscience pédagogique du parent, à son histoire, à l'environnement et aux contacts du parent, et à la personne même du parent. Ainsi, nous avons essayé d'intégrer les modèles les plus prédictifs et d'optimiser la validité de contenu de l'instrument.

L'ampleur de la maltraitance pose des problèmes spécifiques qui ne peuvent pas être changés. Le phénomène restera difficile à prévoir, quel que soit le contenu de l'instrument. Néanmoins, il est possible de diminuer le nombre de prédictions erronées.

D'une part, nous préparerons les infirmières sociales à l'utilisation de l'instrument dans la pratique quotidienne par un entraînement intensif. Lors de cet entraînement, nous nous efforcerons à ce que chaque hypothèse, basée sur nos informations ou observations, soit testée avant d'être jugée. L'infirmière doit approfondir et vérifier ses renseignements au cours des visites suivantes chez le parent et la famille. L'hypothèse initiale peut être suggérée par des facteurs concernant la situation ou des facteurs liés au contexte du travail

et à la personne de l'infirmière, par exemple des conditions de travail stressantes qui ne permettent pas d'avoir le recul nécessaire lors de l'observation des interactions entre parent et bébé, un manque de temps, un style général d'interaction trop directe qui effraie le parent, une personne perturbée par des épisodes de maltraitance ou de négligence dans sa propre jeunesse, etc. Nous savons qu'il est impossible de tenir compte de tous les facteurs qui peuvent influencer l'hypothèse de l'infirmière. Par exemple, on ne peut pas ou presque pas changer les conséquences des antécédents historiques.

D'autre part, nous avons essayé d'étudier la fiabilité (par exemple la consistance interne des réponses) et la validité de l'instrument. Notamment, l'étude de la validité est un travail complexe, de longue durée et ayant des aspects multiples. Tout d'abord, nous avons étudié la prévalence des items dans l'échantillon des familles et la validité discriminatoire des items. La validité discriminatoire concurrente a été examinée en comparant les réponses des familles sans risques avec celles des familles à risque. L'étude de la prévalence et de la validité discriminatoire nous a permis de fortement réduire le nombre d'items et de retenir une version définitive contenant 31 items (cf. Annexe 2). La validité factorielle de cette version a fait l'objet d'une étude. Une solution à trois facteurs a été mise en évidence (une description plus détaillée des analyses statistiques est donnée par Grietens, Geeraert et Hellinckx, en préparation) :

- ?? Facteur 1 : « Problèmes de l'interaction entre parent et enfant » (14 items, 56.5% de variabilité commune expliquée, de alpha Cronbach = 0.91),
- ?? Facteur 2: « Problèmes de communication » (8 items, 16.2% de variabilité commune expliquée, de alpha Cronbach = 0.89),
- ?? Facteur 3 : « Problèmes psychiques chez le parent » (12 items , 11.4% de variabilité commune expliquée, de alpha Cronbach = 0.93).

Lors des prochains travaux concernant cette recherche, il sera nécessaire d'examiner sa validité en la comparant avec le *Child Abuse Potential* de Milner (1986, 1990) et la validité prédictive (prédiction de la maltraitance et de la négligence dans un avenir proche ou lointain) de cet instrument.

En conclusion, nous voulons souligner que l'objectif de la mise en place de cet instrument n'est pas de dépister parents et familles à risque, ni de chercher des coupables. En effet, l'instrument nous donnera des indications à propos des besoins pédagogiques de certains parents qui ont un jeune enfant. Ces besoins ne concernent pas tellement les soins physiques, ni les connaissances du parent à propos du développement normal de l'enfant, mais plutôt l'interaction directe et le lien émotionnel avec l'enfant. En d'autres mots, les besoins concernent les processus affectifs (plutôt que cognitifs) qui déterminent le point de vue sur l'interprétation et l'approche du parent et de sa relation avec l'enfant. D'un point de vue éthique, il faut répondre à l'appel des parents. La réaction de l'infirmière variera fortement selon les cas, mais il est clair que nos efforts sur le plan du dépistage n'auront pas d'utilité, s'ils ne sont pas accompagnés d'une intervention. Les interventions seront développées dans les équipes multidisciplinaires d'« Enfant et Famille » (infirmières sociales, médecin, psychologue/pédagogue).

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- AMMERMAN R.T., HERSEN M., *Children at risk. An evaluation of factors contributing to child abuse and neglect*, Plenum Press, New York, 1990.
- AZAR S.T., POVILAITIS T.Y., LAURETI A.F., POUQUETTE C.L., «The current status of etiological theories in intrafamilial child maltreatment » , dans I.R.LUTZKER, *Handbook of child abuse research and treatment.*, pp. 3- 30, Plenum Press, New York, 1998.

BAARTMAN H., Opvoeden kan zeer doen. Over oorzaken van kindermishandeling, hulpverlening en preventie. [Raising children can hurt. About causes of child maltreatment, treatment and prevention], Utrecht, 1996.

BARKER W., « Practical and ethical doubts about screening for child abuse », *Health Visitor*, 63, pp. 14-17, 1990.

BELSKY J., VONDRA, I., « Lessons from child abuse: the determinants of parenting », dans D. CICCHETTI & V. CARLSON, *Child maltreatment. Theory and research on the causes and consequences of child abuse and neglect*, pp. 153-202, Cambridge University Press, 1989.

BRIERE J., BERLINER L., BULKLEY I.A., JENNY C., REID T., *The APSAC handbook on child maltreatment*, Sage Publications, Thousand Oaks, 1996.

BROWNE K., HERBERT M., *Preventing family violence*, John WILEY et SONS, Chichester, 1997.

BUCHANAN A., *Cycles of child maltreatment: Facts, fallacies and interventions*, Wiley, Chichester, 1996.

FARNELL M.B., *Screening procedures for the detection or prediction of child abuse: An annotated bibliography*. University of Toronto, Canada, 1980.

FLANAGAN J.C., « The critical incident technique », *Psychological Bulletin*, 51, 327-358, 1954.

GEERAERT L., VAN DEN NOORTGATE W., HELLINCKX W., GRIETENS H., VAN ASSCHE V., « Prévention de la maltraitance et de la négligence d'enfants. Une méta-analyse des programmes de prévention avancée pour familles aux jeunes enfants à risque de maltraitance », Oral presentation at the Sixth EUSARF Congress Residential and Foster Care: New approaches, new practices, Paris, 1998.

GRIETENS H., GEERAERT L., HELLINCKX W., « Screening for early risks of physical abuse and neglect in new born infants: A scale for home visitors », (texte en préparation).

GRIETENS H., HELLINCKX W., VAN ASSCHE V., BAARTMAN H., GEERAERT L., « Rational and development of a screening instrument for social nurses to identify risks on child abuse and neglect », *International Journal of Child & Family Welfare*, 4, pp. 24-41, 1999.

HELLINCKX W., BAARTMAN H., GRIETENS H., VAN ASSCHE V., GEERAERT, L., Handleiding bij het instrument 'Problematische Opvoedingssituaties, met risico op Kindermishandeling en verwaarlozing, Afdeling Orthopedagogiek (publication interne), Katholieke Universiteit Leuven, 1999a.

HELLINCKX W., BAARTMAN H., GRIETENS H., VAN ASSCHE V., GEERAERT L., Algemene inleiding op het thema kindermishandeling. Voorstelling van het instrument 'Problematische opvoedingssituaties, met risico op kindermishandeling en verwaarlozing' (syllabus), Een opdracht van Kind & Gezin, 1999b.

JANIS I.L., MANN L., *Decision making: A psychological analysis of conflict, choice, and commitment*, Free Press, New York, 1977.

KAUFMAN J., ZIGLER E., « The intergenerational transmission of child abuse », dans D. CICCHETTI et V. CARLSON (Eds.), *Child maltreatment. Theory and research on the causes and consequences of child abuse and neglect*. (pp.129-150), Cambridge University Press, 1989.

KIND & GEZIN, *Kindermishandeling in Vlaanderen. Registratie bij de Centra voor Hulpverlening inzake Kindermishandeling*. [Child abuse in Flanders, registration in the Confidential Doctors Centers.], KIND & GEZIN, Brussel, 1997.

KNUTSON J.F., Psychological characteristics of maltreated children: Putative risk factors and consequences. *Annual Review of Psychology*, 46, pp.401- 431, 1995.

KORBIN J.E., « Culture and child maltreatment », dans M.E. HELFER, R.S. KEMPE et R.D. KRUGMAN, *The battered child* (5th edition), pp. 29-48, the University of Chicago Press, 1997.

MILNER J.S., *The Child Abuse Potential Inventory. Manual* (Second edition), Psytec Inc., Illinois, 1986.

MILNER J.S., *An interpretive manual for the Child Abuse Potential Inventory*, Psytec Inc, Illinois, 1990.

- MILNER J.S., CHILAMKURTI C., « Physical child abuse perpetrator characteristics: a review of the literature », *Journal of Interpersonal Violence*, 6, pp. 345-366, 1991.
- MILNER J.S., CROUCH J.L., « Child maltreatment evaluations: Conceptual and measurement issues », *International Journal of Child & Family Welfare*, 4, pp. 7-23, 1999.
- MORGAN D.L., *Successful focus groups. Advancing the state of the art*, Sage Publications, Newbury Park, CA, 1993.
- POURTOIS J.P., *Blessure d'enfant. La maltraitance. Théorie, pratique et intervention*, De Boeck université, Bruxelles, 1995.
- RITTNER B., WODARSKI J.S., « Clinical assessment instruments in the treatment of child abuse and neglect », *Early Child Development and Care*, 106, pp. 43-58, 1995.
- RODWELL M.K., CHAMBERS D.E., « Primary prevention of child abuse: Is it really possible? » *Journal of Sociology and Social Welfare*, 19, 159-176, 1992.
- ROGOSCH F., CICHETTI D., SHIELDS S., TOTH S., « Parenting dysfunction in child maltreatment », dans M.H. BORNSTEIN, *Handbook of parenting. Volume 4*, pp. 127-159, Lawrence Erlbaum Associates, New Jersey, 1995.
- STARR R.H., *Child abuse prediction. Policy implications*, Balinger Publishing Company, Cambridge, 1982.
- WANG C.T., DARO D., *Current trends in child abuse reporting and fatalities: The results of the 1997 Annual Fifty State Survey*, National Committee to Prevent Child Abuse, Chicago, 1998.
- ZELLMAN G.L., COULBOURN FALLER K., « Reporting of child maltreatment », dans J. BRIERE, L. BERLINER, J.A. BULKLEY, C. JENNY, T. REID, *The APSAC handbook on child maltreatment*, pp. 359-381, Sage Publications, Thousand Oaks, 1996.

## ANNEXE I - OPÉRATIONNALISATION DES ITEMS

### ***Partie I - Interaction entre infirmière et parent***

- ?? Il est difficile d'entrer en contact avec ce parent.
- ?? Je ne me sens pas à l'aise dans cette famille.
- ?? J'ai l'impression que l'information que donne le parent sur la manière dont il s'occupe du bébé est incomplète ou inexacte.
- ?? Le parent veut me parler de choses et d'autres.

### ***Partie II - Interaction parent-enfant***

#### *Espoirs*

- ?? Le parent attend que le bébé lui donne beaucoup d'amour.
- ?? Le bébé est considéré comme la propriété du parent.
- ?? Le parent croit que ce bébé sera parfait.
- ?? Le parent présume que le fait d'avoir un bébé compensera le fait que lui-même n'a pas été accepté dans le passé.

#### *Expérience*

- ?? Le parent n'est pas fier de son bébé.
- ?? Soigner le bébé provoque des tensions et de l'énervement.
- ?? Le parent attribue des intentions négatives au comportement du bébé.
- ?? Il n'y a aucun contact corporel chaleureux entre parent et bébé.
- ?? Le parent s'occupe du bébé de manière machinale, sans engagement émotionnel.

### *Sensibilité*

- ?? Le parent ne se demande pas quelle est la raison du comportement du bébé.
- ?? On parle du bébé de façon impersonnelle.
- ?? Le parent ne vérifie pas quel est l'effet de son comportement sur le bébé.
- ?? Le parent prend soin du bébé à partir d'opinions générales sur la manière de s'occuper du bébé et ne tient pas compte de cet enfant particulier.
- ?? Il n'y a pas de considération pour les sentiments du bébé.

### *Attitude vis-à-vis de la discipline physique*

- ?? Quand le comportement du bébé ne lui plaît pas, le parent réagit de manière brutale ou rude.
- ?? Le parent laisse entendre que ça aide de secouer de temps en temps le bébé quand il pleure.
- ?? Les autres enfants de cette famille sont physiquement maltraités.
- ?? Le parent pense qu' il faut de temps en temps donner une gifle aux enfants. Ils en ont besoin.

## **Partie III - Parent et famille**

### *Histoire du parent et de la famille*

- ?? L'éducation des autres enfants est alarmante.
- ?? On soupçonne des actes de violence entre les parents.
- ?? Le parent parle, lors des entretiens, d'épisodes négatifs de sa jeunesse, et évoque particulièrement de la maltraitance, de la négligence ou des abus sexuels.
- ?? Le parent a le sentiment de ne pas être compris et il laisse entendre qu'en fait personne ne l'a jamais vraiment écouté.
- ?? Dans le passé, il y a eu suspicion de maltraitance, de négligence ou d'abus sexuels concernant les autres enfants.

### *Soutien social*

- ?? Le parent n'est pas satisfait des contacts avec la famille/les amis.
- ?? Le parent laisse entendre qu'il est tout à fait seul à se confronter aux différents problèmes.
- ?? Le partenaire n'est pas d'une grande aide.
- ?? Le parent n'est pas capable de demander d'une manière adéquate de l'aide ou de l'assistance.
- ?? Le parent vous demande de venir quand le partenaire est absent.

### *Personnalité du parent*

- ?? Dans une situation de tension, le parent s'avère vite être impuissant.
- ?? Le parent signale qu'il ne se sent pas très bien dans sa peau. Le parent ne montre pas beaucoup de confiance en lui.
- ?? Le parent est susceptible et irritable.
- ?? Le parent a des perspectives sombres.

## **Partie IV - Enfant**

- ?? Quand le bébé pleure, personne n'est capable de le consoler.
- ?? À mon avis c'est un bébé « difficile ».
- ?? Le bébé est en bonne santé mais sa réaction aux stimuli auditifs ou visuels est différente de celle d'autres bébés en bonne santé.
- ?? Ce bébé n'est pas du tout accueillant (pour jouer, le prendre, le câliner).
- ?? Ce bébé pleure beaucoup trop souvent.

## **Partie V - L'observation des particularités de l' enfant, des parents ou de l'environnement**

### *Enfant*

- ?? Le bébé est prématuré.
- ?? Le bébé a un handicap (moteur ou mental).
- ?? Le bébé a une maladie incurable.
- ?? Le bébé est souvent malade.

### *Parent*

- ?? La mère est une adolescente (moins de 18 ans).
- ?? Le parent a un passé de placement en institution (Prise en charge de type foyer).

### *Environnement*

- ?? Un parent a reçu une éducation qui répond aux critères d'« Enfant et Famille », en matière d'enfance défavorisée.
- ?? La situation professionnelle du parent correspond aux critères d'« Enfant et Famille » concernant les milieux socioprofessionnels défavorisés.
- ?? Cette famille déménage souvent (plus d'une fois dans les trois mois qui suivent la naissance du bébé).
- ?? Parents et enfants sont issus de différentes unions.
- ?? Il y a moins de 18 mois entre les grossesses.

## **ANNEXE 2 - VERSION DÉFINITIVE DE L'INSTRUMENT**

### ***Facteur I - Problèmes dans l'interaction entre parent et enfant***

1. Je crois que le parent donne des informations incorrectes sur le comportement et le développement du bébé.
2. Le parent attend que le bébé se comporte d'une façon qui l'arrange.
3. Le parent attend que le bébé lui donne beaucoup d'amour.
4. Soigner le bébé provoque des tensions et de l'énerverment.
5. Prendre soin du bébé est considéré être une corvée.
6. Le bébé est considéré être une entrave à la liberté du parent.
7. Le parent ne vérifie pas quel est l' effet de son comportement sur le bébé.
8. Le parent prend soin du bébé à partir d'opinions générales sur la manière dont on doit s'occuper du bébé et ne tient pas compte de cet enfant particulier.
9. Le parent perd facilement patience quand il doit s'occuper du bébé.
10. Il n'y a pas de considération pour les sentiments du bébé.
11. Les réactions du parent face au comportement du bébé sont très instables.
12. Le parent ne pose que peu de limites et n'apporte que peu de structure à la vie du bébé.
13. Le parent parle souvent de lui-même et non pas du bébé.
14. Il n'y a pas beaucoup de réaction quand le bébé signale qu'il aimerait entrer en contact avec son entourage (petits cris, sourire).



### ***Facteur 2 - Problèmes de communication***

1. Le parent ne respecte pas le programme concernant les visites à domicile et les consultations.
2. Le parent ne suit pas les conseils, ou seulement partiellement, concernant les soins qu'il doit donner au bébé.
3. Il y a une atmosphère de « non-dits » dans cette famille.
4. Je ne me sens pas à l'aise dans cette famille.
5. J'ai l'impression que l'information que donne le parent sur la manière dont il s'occupe du bébé est incomplète ou inexacte.
6. Le parent ne s'interroge pas sur la raison du comportement du bébé.
7. Le parent ne pose que peu de limites et n'apporte que peu de repères à la vie du bébé.
8. Le parent n'est pas capable de demander d'une manière adéquate de l'aide ou de l'assistance.

### ***Facteur 3 - Problèmes psychiques chez le parent***

1. Le parent parle souvent de lui-même et non pas du bébé.
2. Le parent laisse entendre que dans son enfance il n'a pas eu beaucoup de preuves d'amour de la part de ses parents ou de sa famille.
3. Le parent a déjà vécu plusieurs situations de crise et il semble avoir des difficultés à y faire face.
4. Le parent n'est pas satisfait des contacts avec la famille/les amis.
5. Le parent laisse entendre qu'il est tout à fait seul à affronter les problèmes.
6. Le partenaire n'est pas d'une grande aide.
7. Le parent n'est pas capable de demander de l'aide matérielle, médicale ou psychologique d'une manière adéquate.
8. Dans une situation de tension, le parent s'avère vite être impuissant.
9. Le parent signale qu'il ne se sent pas très bien dans sa peau.
10. Le parent ne montre pas beaucoup de confiance en lui.
11. Le parent donne l'impression d'être indifférent.
12. Le parent a des perspectives sombres.