
L'efficacité de l'Intervention Relationnelle (IR) dans le cadre d'une aide de soutien à la parentalité intensive chez les familles à haut risque de maltraitance et maltraitantes en Fédération Wallonie-Bruxelles

Auteur : Nallar, Zeliha

Promoteur(s) : Blavier, Adelaïde

Faculté : Faculté de Psychologie, Logopédie et Sciences de l'Éducation

Diplôme : Master en sciences psychologiques, à finalité spécialisée en psychologie clinique

Année académique : 2023-2024

URI/URL : <http://hdl.handle.net/2268.2/19745>

Avertissement à l'attention des usagers :

Tous les documents placés en accès ouvert sur le site le site MatheO sont protégés par le droit d'auteur. Conformément aux principes énoncés par la "Budapest Open Access Initiative"(BOAI, 2002), l'utilisateur du site peut lire, télécharger, copier, transmettre, imprimer, chercher ou faire un lien vers le texte intégral de ces documents, les disséquer pour les indexer, s'en servir de données pour un logiciel, ou s'en servir à toute autre fin légale (ou prévue par la réglementation relative au droit d'auteur). Toute utilisation du document à des fins commerciales est strictement interdite.

Par ailleurs, l'utilisateur s'engage à respecter les droits moraux de l'auteur, principalement le droit à l'intégrité de l'oeuvre et le droit de paternité et ce dans toute utilisation que l'utilisateur entreprend. Ainsi, à titre d'exemple, lorsqu'il reproduira un document par extrait ou dans son intégralité, l'utilisateur citera de manière complète les sources telles que mentionnées ci-dessus. Toute utilisation non explicitement autorisée ci-avant (telle que par exemple, la modification du document ou son résumé) nécessite l'autorisation préalable et expresse des auteurs ou de leurs ayants droit.

Mémoire Partim 2

Université de Liège

2023-2024

**L'efficacité de l'Intervention Relationnelle (IR) dans
le cadre d'une aide de soutien à la parentalité
intensive chez les familles à haut risque de
maltraitance et maltraitantes en Fédération Wallonie-
Bruxelles**

NALLAR Zéliha

S180556

Promotrice : BLAVIER Adélaïde

Superviseuse : KNUPPEL Iris & DELHALLE Manon

Table des matières

INTRODUCTION.....	5
--------------------------	----------

CHAPITRE 1 : REVUE DE LITTÉRATURE.....	6
---	----------

1. La maltraitance infantile	6
1.1. Définition	6
1.2. Modèle théorique du développement de l'enfant.....	6
1.3. Conséquences de la maltraitance infantile sur le développement de l'enfant.....	8
1.3.1. Conséquences neurobiologiques et cognitives	8
1.3.2. Conséquences sur la sphère émotionnelle, comportementales et relationnelles	9
1.3.3. Conséquences identitaires	9
1.3.4. Le trauma complexe	10
2. La parentalité et ses déterminants	10
2.1. Définition de la parentalité	11
2.2. Facteurs liés aux parents.....	11
2.2.1. Perspective intergénérationnelle	11
2.2.2. Le type d'attachement parental	12
2.2.3. Personnalité du parent	12
2.2.4. Cognitions parentales	13
2.3. Facteurs liés à l'enfant	14
2.4. Facteurs contextuels	16
3. Le soutien d'aide à la parentalité.....	17
3.1. Définir le soutien d'aide à la parentalité.....	17
3.2. Contexte de l'Aide à la jeunesse en Fédération Wallonie-Bruxelles	17
3.2.1. Motifs d'interventions	18
3.2.2. Types de prises en charge.....	21
3.2.3. Services d'Accompagnement à domicile	22
4. Les programmes préventifs de soutien à la parentalité	23
4.1. Approche réflexive.....	24
4.2. Approche socioéducative.....	24
4.3. Approche centrée sur la sensibilité parentale	25
4.3.1. L'Intervention Relationnelle (IR).....	25
5. L'implémentation d'un outil Evidence-Based Practice chez les intervenants	28

CHAPITRE 2 : OBJECTIFS ET HYPOTHESES.....	32
1. Question de recherche et objectifs	32
2. Hypothèses	32
CHAPITRE 3 : METHODOLOGIE.....	34
1. Choix méthodologique	34
2. Participants	34
3. Procédure de recrutement	35
4. Protocole de recherche	36
4.1. Partie quantitative	36
4.1.1. Phase de prétest	36
4.1.2. Phase d'intervention.....	38
4.1.3. Phase de posttest	38
4.1.4. Instruments de mesure	38
4.2. Partie qualitative.....	42
4.2.1. Entretien semi-structuré	42
5. Méthode d'analyse.....	42
5.1. Analyses descriptives.....	42
5.2. Analyses quantitatives.....	43
5.3. Analyses qualitatives	43
CHAPITRE 4 : RÉSULTATS	44
1. Résultats quantitatifs	44
1.1. Dyade 1	45
1.2. Dyade 2	45
1.3. Dyade 3	46
1.4. Dyade 4	47
1.5. Dyade 5	48
2. Résultats qualitatifs.....	49
2.1. Compte rendu de scénarios analytiques	50
2.1.1. Privilégier d'être interne à la situation.....	50
2.1.2. Désirer connaître le parent	53
2.1.3. S'octroyer de la flexibilité	54

2.1.4.	Adopter une nouvelle manière d’entrer en relation en dehors de l’IR.....	55
2.1.5.	Se métamorphoser en un simple observateur	57
2.1.6.	Apprécier, favoriser et compter sur la rétroaction vidéo et le soutien d’équipe.....	57
2.1.7.	Observer des changements chez la dyade.....	59
<u>CHAPITRE 5 : DISCUSSION.....</u>		62
1.	Hypothèse 1 : IR et sensibilité parentale	63
2.	Hypothèse 2 : IR et sentiment de compétence parental.....	64
3.	Hypothèse 3 : IR et comportements socioémotionnels de l’enfant	65
4.	Hypothèse 4 : L’implémentation d’un nouvel outil.....	65
5.	Limites méthodologiques	69
6.	Implications cliniques et perspectives futures	71
<u>CHAPITRE 6 : CONCLUSION</u>		73
<u>ANNEXES.....</u>		74
1.	Annexe 1 - DSM-V – Stress post-traumatique de l’enfant de 6 ans ou moins	74
2.	Annexe 2 – Étapes de l’utilisation de l’Intervention Relationnelle.....	76
3.	Annexe 3 - Répartitions des dyades par intervenants.....	77
4.	Annexe 4 – Déroulement de la recherche	78
5.	Annexe 5 : Tableaux descriptif de l’échantillon quantitatif	79
6.	Annexe 6 : Motifs de prise en charge des SA pour les familles participants à la recherche	82
7.	Annexe 7 - Données psychométriques relatives aux questionnaires.....	83
8.	Annexe 8 – Guide d’entretien semi-structuré.....	85
9.	Annexe 9 - Résultats aux questionnaires des dyades.....	87
10.	Annexe 10 – Schématisation	88
<u>BIBLIOGRAPHIE</u>		90

Remerciements

Je tiens tout d'abord à exprimer mes sincères remerciements à ma promotrice, Mme Blavier, pour m'avoir permis de réaliser ce mémoire, ainsi qu'à Manon Delhalle pour leurs disponibilités et leurs soutiens durant toute la continuité de ce travail. Leurs relectures et leurs conseils m'ont permis de sans cesse m'améliorer. Je remercie profondément Iris Knüppel sans qui toutes ces expériences de terrain n'auraient pas été possible.

Je souhaite exprimer ma reconnaissance envers Gilles Fossion pour son aide concernant la partie qualitative de ce mémoire ainsi que Christophe Lejeune, dont son logiciel Cassandre m'a été d'un grand intérêt pour l'analyse des données qualitatives ainsi que de ces partages de connaissance concernant la méthode qualitative.

Je remercie également les équipes des services de soutien à la parentalité qui ont permis à ce mémoire de prendre vie. Plus spécifiquement, aux familles qui ont participé ainsi qu'aux intervenants qui ont partagé avec beaucoup de richesse et de naturel leurs expériences.

Enfin, je souhaite exprimer ma profonde reconnaissance envers Romain pour son soutien durant ce master. Je remercie également Kenza et Sarah, pour leurs encouragements durant ces cinq années d'études ainsi que dans tous les projets que j'entreprends. Enfin, je remercie mes parents, ma famille pour leur compréhension et leurs encouragements.

Introduction

En 2021, les chiffres de l'Aide à la Jeunesse (2021a) montrent la diversité des situations, avec 39 778 jeunes signalés en 2021, dont 23 414 motivant des interventions. Ces prises en charge concernent principalement des difficultés personnelles liées aux parents (47%) et des difficultés personnelles liées aux jeunes (49,5%). Plus spécifiquement, des problèmes relationnels, de la maltraitance, des difficultés liées au rôle parental et des difficultés financières ont été observées (Service d'Aide à la jeunesse, 2021a). Dans ce contexte, Fablet (2007) et Roskam (2015) soulignent le rôle préventif des services de soutien à la parentalité qui ont pour objectif d'éviter le placement des enfants en proposant des interventions au domicile familial. L'objectif serait de promouvoir une parentalité positive en renforçant les comportements positifs des parents, ce qui contribuerait à réduire les attitudes inadéquates des parents (Roskam, 2015).

Dans le cadre de ce mémoire, notre intérêt s'est porté sur l'efficacité de l'Intervention Relationnelle (IR) comme outil d'intervention dans les services de soutien à la parentalité intensive. L'IR est un outil qui a pour objectif de renforcer la sensibilité parentale en renforçant les comportements positifs du parent. Outre le renforcement de la sensibilité parentale, il a pour objectif d'améliorer le lien parent-enfant. Néanmoins, bien que l'IR ait été démontrée dans d'autres pays tels qu'au Pays-Bas ou au Canada, l'outil n'a pas encore été prouvé en Belgique, et plus spécifiquement en Fédération Wallonie-Bruxelles.

Dans ce contexte, en adoptant une approche qualitative et quantitative, notre démarche vise à fournir une compréhension globale des effets de l'IR en FWB. D'une part, en évaluant diverses composantes qui constituent le parent et l'enfant tels que la sensibilité parentale, les comportements socioémotionnels de l'enfant et le sentiment de compétence parentale. D'autre part, en recueillant le vécu des intervenants concernant l'utilisation de ce nouvel outil. En utilisant ces méthodes, notre recherche souhaite contribuer à l'amélioration des services de soutien à la parentalité en FWB.

Chapitre 1 : Revue de littérature

1. La maltraitance infantile

La première section de cette revue de littérature se consacre à la maltraitance infantile. Afin d'établir un cadre conceptuel, une définition précise de la maltraitance infantile est présentée en introduction. Ensuite, le modèle théorique du développement de l'enfant est discuté afin de mieux appréhender les impacts de la maltraitance sur la croissance de l'enfant. La section portant sur les conséquences de la maltraitance examine spécifiquement les aspects neurobiologiques et cognitifs, les répercussions sur la sphère émotionnelle, comportementale et relationnelle, les implications identitaires, ainsi que le concept de trauma complexe.

1.1. Définition

La maltraitance est une notion difficile à définir en raison des variations dans les modèles d'éducation, des représentations sociales, des traditions et des croyances d'un pays à l'autre (Aouattah, 2010; Becker, 2016). Cependant, l'Organisation Mondiale de la Santé définit la maltraitance infantile comme suit (Organisation Mondiale de la Santé, 2020) :

« La maltraitance chez l'enfant désigne les violences et la négligence envers toute personne âgée de moins de 18 ans. Elle s'entend de toutes les formes de mauvais traitements physiques et/ou affectifs, de sévices sexuels, de négligence ou de traitement négligent, ou d'exploitation commerciale ou autre, entraînant un préjudice réel ou potentiel pour la santé de l'enfant, sa survie, son développement ou sa dignité, dans le contexte d'une relation de responsabilité, de confiance ou de pouvoir. »

En outre, De Becker (2021) énonce que différentes formes de maltraitance existent, telles que la maltraitance physique, psychologique, sexuelle, ou la négligence. Cela peut se manifester par des épisodes isolés de maltraitance ou par des événements répétés au quotidien. En outre, il ajoute que la maltraitance peut être intrafamiliale ou extrafamiliale (De Becker, 2021).

1.2. Modèle théorique du développement de l'enfant

Afin d'exposer les conséquences de la maltraitance infantile sur le développement de l'enfant, il est nécessaire de présenter le modèle théorique du développement normal de l'enfant. En 1920, Piaget illustre le développement de l'enfant à travers quatre stades de développement déterminés par l'âge de l'enfant (Piaget & Inhelder, 2012). Sameroff (1975) vient contrer cette perspective déterministe du développement en introduisant une perspective développementale. Il propose de voir l'enfant comme faisant partie d'un environnement

complexe, dans lequel le développement de l'enfant serait déterminé par les interactions qu'il entretient avec les partenaires disponibles dans son environnement et son contexte social plus large (Sameroff, 1975). Cette idée rejoint la théorie de Bronfenbrenner (1979) sur l'écologie du développement humain qui consiste à dire que l'environnement, au sens large, a un impact sur le développement humain. Dans le même ordre d'idée, Sroufe (2013) exprime qu'il est plus pertinent de voir les caractéristiques d'un enfant dans une perspective évolutive plutôt que déterminée par une énumération de fait lié à un âge donné.

Ces diverses perspectives suggèrent que le développement de l'enfant est un processus complexe et multifacette. Cela indique, entre autres, que le développement englobe plusieurs aspects tels que la neurobiologie, le cognitif, l'émotionnel, le comportemental, le relationnel et la construction de l'identité (Bouchard, 2008). Chaque domaine est influencé par les interactions de l'enfant avec son environnement, sa famille, ses pairs et la société en général. Ces facteurs jouent donc un rôle important dans la manière dont un enfant se développe.

Sur le plan neurobiologique et cognitif, le cerveau de l'enfant connaît une croissance rapide avec une plasticité neuronale élevée, ce qui favorise l'apprentissage (Bouchard, 2008). Au cours des premières années (0-2 ans), les nourrissons développent des compétences sensorielles, motrices et cognitives de base. Pendant l'âge préscolaire (3-6 ans), les compétences cognitives s'améliorent davantage, plus précisément dans la sphère du langage, de la mémoire, de l'attention et de la résolution de problèmes. L'âge scolaire (7-12 ans) est quant à lui déterminé par le développement des capacités cognitives plus sophistiquées, ce qui permet à un enfant de penser de manière abstraite et de s'engager dans des activités intellectuelles plus avancées.

Concernant la sphère émotionnelle, l'enfant naît avec des émotions de base, telles que la joie, la colère, la tristesse et la peur. L'enfant apprend progressivement à les reconnaître, les exprimer et les réguler (Bouchard, 2008). Il développe alors des compétences émotionnelles comme l'empathie et la compréhension des émotions des autres, éléments cruciaux pour développer des relations interpersonnelles saines.

La sphère comportementale et relationnelle est également un élément primordial pour le développement de l'enfant. Plus l'enfant grandit, et plus les interactions sociales deviennent importantes afin d'apprendre à jouer, partager, coopérer et résoudre des conflits (Bouchard, 2008). Les relations avec la famille et l'entourage ont un impact significatif sur son développement.

Enfin, la construction de l'identité est un aspect fondamental du développement de l'enfant. Cette construction de l'identité se base sur le genre, la culture, les croyances et les

représentations familiales ainsi que les expériences personnelles (Bouchard, 2008). De nouveau, il est important de souligner que chaque enfant est unique et que son développement peut être influencé par l'environnement familial, culturel et social (Bronfenbrenner, 1979).

1.3. Conséquences de la maltraitance infantile sur le développement de l'enfant

1.3.1. Conséquences neurobiologiques et cognitives

La violence et la maltraitance envers les enfants peuvent avoir des conséquences graves sur le développement neurobiologique et cognitif de l'enfant. Milot et al. (2018) ainsi que De Bellis et al. (2013) ont montré que l'exposition à des situations stressantes de manière chronique peut entraîner une surstimulation de certaines régions du cerveau chez l'enfant. Notamment sur l'amygdale, l'hippocampe et certaines régions du cortex préfrontal (De Bellis et al., 2013; Milot et al., 2018). Cette surstimulation peut être associée à des taux plus élevés de psychopathologie, notamment des symptômes dépressifs et des troubles du comportement (De Bellis et al., 2013). De surcroît, Cicchetti et Toth (1995) ainsi qu'Hagele (2005) ont mis en avant que des troubles de l'hyperactivité avec des déficits de l'attention ainsi que des troubles oppositionnels ont été constatés chez les enfants maltraités. Benarous et al. (2014) ont également identifié des troubles du comportement internalisés et externalisés, du langage et aussi des troubles cognitifs chez les enfants maltraités.

En outre, les enfants victimes de maltraitance présenteraient des retards cognitifs et langagiers, ce qui peut entraîner des difficultés scolaires et des troubles de l'apprentissage. Lafortune et Gilbert (2016), ainsi que d'autres chercheurs ont également montré que les enfants maltraités ont tendance à avoir des résultats scolaires et des scores de QI inférieurs à ceux des enfants non maltraités (De Bellis et al., 2013; Lafortune & Gilbert, 2016; Noor & Caldwell, 2005). Cette étude suggère qu'environ 30% d'entre eux présenteraient des retards et 50% auraient des difficultés à l'école. De plus, cette étude souligne qu'environ 22% de ces enfants maltraités ont des troubles de l'apprentissage, ce qui peut entraîner des résultats scolaires inférieurs et des résultats de QI plus faibles. En somme, la violence et la maltraitance peuvent avoir des conséquences dévastatrices sur la santé mentale et le développement cognitif des enfants.

1.3.2. Conséquences sur la sphère émotionnelle, comportementales et relationnelles

À ce jour, plusieurs recherches ont confirmé que les enfants maltraités ont un risque accru de problèmes de régulation de l'affect, pouvant aller jusqu'à une dérégulation du comportement (Cicchetti & Toth, 1995a; Dubowitz et al., 2011; Maughan & Cicchetti, 2002; Romano et al., 2015). Des études antérieures, telles que celle de Gaensbauer et Hiatt (1984), ont également montré que les nourrissons maltraités ont rarement des affects positifs et présentent des taux élevés d'affect négatif, tandis que les bébés négligés peuvent éprouver un émoussement affectif. Milot et al. (2018) ont également souligné que les émotions intenses chez les jeunes enfants lors de situations traumatiques peuvent entraîner une suppression émotionnelle en raison de leurs faibles capacités cognitives.

La dysrégulation émotionnelle chez les enfants maltraités peut influencer leur comportement et leurs relations futures. Selon Milot et al. (2018), la maltraitance expose les enfants à des modèles de régulation émotionnelle dysfonctionnels, ce qui entrave leur capacité à adopter des comportements prosociaux. Cicchetti et Lynch (1993) ont également rapporté que les enfants ayant des difficultés à autoréguler leurs émotions présentent une plus grande prévalence de comportements dépressifs, d'isolement et d'agressivité. Trickett et al. (2011) ont observé que la prédominance de l'affect négatif se manifeste également dans les amitiés des enfants maltraités. Des études ont également montré que ces enfants sont plus susceptibles d'être agressifs et moins coopératifs (Cicchetti & Toth, 1995a; George & Main, 1979; Lafortune & Gilbert, 2016; Trickett et al., 2011), ainsi que de rencontrer des difficultés à établir des relations, de résoudre des conflits, et peuvent devenir des victimes ou, à l'inverse, des agresseurs (Lafortune & Gilbert, 2016; Romano et al., 2015).

1.3.3. Conséquences identitaires

Outre les conséquences comportementales et relationnelles, des conséquences de la maltraitance sur le développement du concept de soi ont été identifiées. Le concept de soi se développe dans l'enfance et est influencé par les interactions sociales. La tâche du miroir de Gallup et al. (2002) permet d'ailleurs d'observer la prise de conscience de soi chez l'enfant. Schneider-Rosen et Cicchetti (1984) ont mis en avant que les enfants maltraités ont tendance à afficher un affect neutre ou négatif lors de cette expérience, ce qui pourrait indiquer une faible estime de soi généralisée. Plusieurs études ont également montré une tendance à développer une faible estime de soi ainsi qu'un sentiment de honte et de culpabilité plus élevé chez les enfants maltraités (Benarous et al., 2014; Cicchetti & Toth, 1995a; Lafortune & Gilbert, 2016). Ces enfants présentent également une capacité réduite à parler de leur état interne et de leur

sentiment de soi, ce qui peut s'expliquer par l'environnement instable et peu sécurisant dans lequel ils évoluent, conformément à la théorie de l'attachement (Beeghly & Cicchetti, 1994; Milot et al., 2018).

1.3.4. Le trauma complexe

Une conséquence englobant bon nombre d'impacts de la maltraitance infantile évoqués dans cette section est le trouble du stress post-traumatique, aussi connu sous le nom de trauma complexe. Un aperçu des critères diagnostiques du stress post-traumatique de l'enfant de 6 ans ou moins dans le DSM-V est présent en annexe ([Annexe 1](#)). Milot et al. (2021) définissent le trauma complexe comme étant la conséquence de situations chroniques de violence, d'abus ou de négligence entraînant des difficultés sur le plan neurobiologique, identitaire, émotionnel et relationnel. Ces conséquences sur le plan neurobiologique, identitaire, émotionnel et relationnel peuvent survenir dès l'entrée de la maltraitance dans la vie de l'enfant ou durant les années qui suivent et plus précisément durant les cinq premières années de la vie (MacKenzie, Kotch, & Lee, 2011; Toth & Cicchetti, 2004). De plus, de nombreux auteurs ont mis en avant que les deux premières années de vie du nourrisson sont définies comme étant la période la plus sensible du développement de l'enfant (De Becker, 2021; Glaser, 2000; Twardosz & Lutzker, 2010). C'est pourquoi intervenir le plus précocement dans les situations complexes est primordial (MacKenzie, Kotch, & Lee, 2011).

2. La parentalité et ses déterminants

Cette deuxième section s'attarde sur la notion de parentalité en explorant les nombreux facteurs qui la constituent. Tout d'abord, une définition précise du concept de parentalité est énoncée. Ensuite, les facteurs liés aux parents sont détaillés, en examinant la perspective intergénérationnelle, le type d'attachement parental, la personnalité du parent et les cognitions parentales. De plus, cette perspective est élargie pour inclure les facteurs liés à l'enfant qui influent sur la parentalité, mettant en lumière l'influence de la dynamique parent-enfant. Enfin, les facteurs contextuels sont abordés pour comprendre comment le contexte environnemental peut influencer la parentalité.

2.1. Définition de la parentalité

Belsky (1984) définit la parentalité comme étant déterminée par trois catégories de facteurs : les caractéristiques liées au parent, les caractéristiques liées à l'enfant ainsi que les caractéristiques liées au contexte. Ainsi, ce modèle démontre la bidirectionnalité des liens entre le parent, l'enfant et le contexte dans lequel la parentalité se développe. Lorsque ces facteurs s'avèrent positifs, ils réduisent la probabilité de risque de maltraitance. Inversement, ceux-ci peuvent s'avérer délétères rendant le parent à risque de maltraitance (Belsky, 1984). Ces différents facteurs sont donc à voir dans une optique non déterministe et en gardant à l'esprit que c'est l'accumulation de facteurs délétères qui augmente le risque de la famille d'être à risque de maltraitance ou maltraitante (Belsky, 1984).

2.2. Facteurs liés aux parents

2.2.1. Perspective intergénérationnelle

Les études portant sur les facteurs intergénérationnels permettent de comprendre comment l'histoire d'enfance du parent influence sa propre parentalité. Une étude longitudinale de Belsky et al. (2005) a montré que les adultes ayant été élevés par des parents adoptant des comportements éducatifs autoritaires lorsqu'ils avaient trois ans présentaient eux-mêmes moins de chaleur, moins de sensibilité ainsi que moins d'actes de stimulation positive avec leurs propres enfants. Kerr et al. (2009) ont également confirmé une continuité intergénérationnelle des comportements parentaux positifs des pères sur trois générations. Cette étude suggère également que les comportements parentaux positifs peuvent avoir un impact positif sur le développement des enfants, en réduisant les problèmes de comportement externalisés (Kerr et al., 2009).

En outre, une méta-analyse Assink et al. (2018) a révélé que les enfants issus de familles avec des antécédents de maltraitance sont presque trois fois plus susceptibles de subir eux-mêmes de la maltraitance par rapport à des familles dont les parents n'ont pas vécu de maltraitance dans leur enfance. Une étude longitudinale menée par Armfield (2021) a souligné que le risque est particulièrement élevé pour les enfants de mères ayant connu à la fois de la maltraitance dans leur enfance et un placement en dehors du domicile. De plus, Greene et al. (2020) ont constaté que les adultes qui déclarent avoir été victimes de maltraitance physique ou témoins de violence à domicile pendant leur enfance ont un risque accru de signaler de la maltraitance ou de la négligence envers leurs propres enfants. Dans cette étude, un effet cumulatif des expériences de maltraitance a été observé pour les adultes qui rapportent avoir vécu plusieurs types de maltraitance. Ceux-ci seraient les plus à risque de perpétrer des abus

envers leurs enfants (Greene et al., 2020). Néanmoins, une méta-analyse de Madigan et al. (2019) vient contrer les conclusions des chercheurs précédemment évoqués, les chercheurs constatent qu'il y a une association modeste entre le fait d'avoir été maltraité en tant qu'enfant et le risque de maltraiter ses propres enfants. Cette association serait plus forte pour la négligence, les abus physiques, les abus émotionnels et les abus sexuels (Madigan et al., 2019).

2.2.2. Le type d'attachement parental

En 1969, John Bowlby a formulé la théorie de l'attachement, qui stipule que les premières relations qu'un enfant entretient avec ses figures d'attachement ont une influence majeure sur le développement de son mode relationnel. Lorsque les figures d'attachement répondent de manière adéquate, prévisible et cohérente aux signaux de l'enfant, celui-ci développe une base sécurisante qui lui permet d'explorer son environnement sans crainte et revenir vers sa figure d'attachement pour se sécuriser (Dugravier & Barbey-Mintz, 2015).

Plusieurs études se sont attardées sur le lien entre la relation d'attachement qu'un parent a développé avec son parent et la relation d'attachement qu'il se crée avec son enfant (Fraley, 2002; Waters et al., 2000). Ces études suggèrent que les parents qui ont eux-mêmes développé un attachement sécurisé ont plus de chances de créer des relations positives avec leurs propres enfants. À l'inverse, les parents qui ont développé un attachement insécure peuvent à leur tour reproduire ce schéma avec leurs enfants (Fraley, 2002; Waters et al., 2000). Aussi, les expériences traumatiques vécues dans l'enfance peuvent également influencer le style d'attachement des parents envers leurs propres enfants (Amos et al., 2011). D'autres auteurs soulignent que la nature traumatique et non résolue de ces expériences limite la capacité des parents à répondre adéquatement à leurs enfants (DeOliveira et al., 2004; Matos et al., 2014).

2.2.3. Personnalité du parent

Dans son modèle, Belsky (1984) suggère que la personnalité du parent joue un rôle important dans la qualité de la relation avec l'enfant et dans sa manière d'interagir avec celui-ci. Une méta-analyse de Prinzie et al. (2009) basée sur le modèle des Cinq Facteurs des traits de la personnalité a révélé que certains traits influencent la parentalité. Par exemple, l'extraversion est associée à un engagement parental plus important, l'agrément de contact à une chaleur et une protection plus élevée, la conscienciosité à des comportements éducatifs structurés, et l'ouverture à l'expérience à une stimulation variée de l'enfant. À l'inverse, un niveau élevé de neuroticisme peut entraver les interactions positives (Prinzie et al., 2009). Ainsi, cette étude suggère que les parents ayant un niveau élevé d'extraversion, d'agrabilité au

contact, de conscienciosité, d'ouverture à l'expérience et un niveau faible pour le neuroticisme exercent une parentalité chaleureuse, structurante et favorise des interactions positives avec leurs enfants.

2.2.4. Cognitions parentales

Des chercheurs ont en avant que les comportements éducatifs du parent peuvent largement être influencés par les cognitions parentales qu'il développe (Goodnow, 1988; Knight & Goodnow, 1988). Les cognitions parentales font référence aux croyances et théories acquises du parent concernant le développement et l'éducation de l'enfant. Elles peuvent être divisées en trois domaines : les théories implicites du développement et de l'éducation, les attributions causales et le sentiment de compétence parentale. Ces différents domaines fournissent au parent une représentation prototypique de ce qu'est la parentalité et de ce que représente un enfant. Ces représentations vont alors guider le parent dans l'éducation de leur enfant (Roskam, 2015).

En ce qui concerne les théories implicites du développement et de l'éducation, elles englobent toutes les connaissances relatives aux besoins de l'enfant, aux processus de développement et à l'action éducative (Roskam, 2015, p.153). Ces théories chez les parents proviennent de leur vécu par le biais de transmission intergénérationnelle, des médias, de la culture ou encore par l'observation d'enfants d'autres familles (Roskam, 2015).

Les attributions causales, elles, font référence au processus dans lequel le parent attribue la cause de comportements et d'événements à lui-même, à une autre personne. Ces attributions sont stables dans le temps ou non et contrôlable ou non (Roskam, 2015).

Le troisième domaine des cognitions parentales est celui qui suscite le plus d'intérêt dans le cadre de ce mémoire : le sentiment de compétence parentale. Le sentiment de compétence parentale (SCP) fait référence à la perception d'un parent quant à sa capacité à élever ses enfants de manière efficace (Coleman & Karraker, 1998). Le SCP est un concept clé dans le domaine de la psychologie de la parentalité, car il est considéré comme un facteur important dans la qualité des interactions parent-enfant et donc dans les comportements parentaux (Roskam, 2017). Une méta-analyse de Jones et Prinz (2005) met en évidence que les parents ayant un haut SCP ont tendance à adopter des comportements parentaux plus positifs tels que l'encouragement de l'autonomie, une discipline non violente et l'engagement dans des activités plus positives. De plus, ces parents seraient plus réactifs aux besoins de leurs enfants. À l'inverse, les parents ayant un faible SCP peuvent adopter des comportements parentaux plus négatifs tels que la punition, le rejet et un manque d'engagement (Jones & Prinz, 2005). Une étude récente de Mouton & Roskam (2015) a également mis en avant la relation entre le SCP

et la qualité des interactions mères-enfants. Dans cette étude, le SCP a été manipulé à l'aide de feedback positif reçu lors d'une activité interactive mère-enfant. Les résultats ont montré que les mères ayant reçu un feedback positif (peu importe si son action nécessitait réellement ce renforcement) adoptent des comportements parentaux plus positifs avec leurs enfants par rapport aux mères qui n'ont pas reçu de renforcement (Mouton & Roskam, 2015). Les enfants montraient également des comportements plus positifs dans cette condition. De ce fait, les résultats permettent de souligner l'impact du SCP sur les comportements parentaux et par la suite, sur la qualité de la relation parent-enfant.

Dans les populations à risque de maltraitance ou maltraitantes, une caractéristique ressortant des cognitions parentales est l'échec de la mentalisation. La mentalisation fait référence à la capacité du parent à réfléchir sur ses propres états mentaux ainsi que sur ceux de son enfant. Anaut (2002) et d'autres auteurs ont mis en avant que des traumatismes antérieurs dans la vie du parent amènent l'individu à expérimenter des dysfonctionnements au niveau de ses capacités réflexives. Ces dysfonctionnements peuvent empêcher le parent de soutenir l'enfant dans son développement (Anaut, 2002; Badoud et al., 2016; Berthelot et al., 2013, 2019; DeOliveira et al., 2004; Fonagy, 2011). En effet, un parent ayant de bonnes capacités de mentalisation est capable d'imaginer les états mentaux de son enfant. À l'inverse, un parent n'ayant pas de bonnes capacités de mentalisation fera preuve de moins de sensibilité étant donné qu'il aura plus de difficultés à comprendre les états mentaux de son enfant. La sensibilité parentale fait référence à la capacité du parent à identifier, interpréter et répondre adéquatement aux besoins de l'enfant. Fonagy et al. (2011) ainsi que d'autres chercheurs ont d'ailleurs mis en avant que ces difficultés de mentalisation pourraient augmenter la probabilité d'un attachement désorganisé chez l'enfant (Fonagy, 2011; Fournier et al., 2019; Hesse & Main, 2006). D'autre part, Berthelot et al. (2019) ainsi que Nottle et al. (2013), ont mis en avant que la maltraitance infantile est fortement associée à de l'hypomentalisation c'est-à-dire que le parent évite ce processus de réflexion afin de ne pas être confronté à des affects et pensées intenses qu'il a pu connaître dans son enfance.

2.3. Facteurs liés à l'enfant

En combinant le modèle de Sameroff et Chandler (1975) et le modèle de Belsky (1980) qui s'intéressent aux interactions parent-enfant, Cicchetti & Rizley (1981) proposent de classer les facteurs liés à l'enfant en matière d'impact de la probabilité de maltraitance à l'aide d'une dimension temporelle. Ils distinguent à la fois les **facteurs potentialisateurs** chez l'enfant qui accroissent la probabilité de maltraitance et les **facteurs compensatoires** qui réduisent la

probabilité de maltraitance (Belsky, 1980; Cicchetti & Rizley, 1981; Sameroff, 1975). Pour rendre compte de la maltraitance, seuls les facteurs potentialisateurs seront évoqués dans cette section.

Les facteurs potentialisateurs chez l'enfant se composent de facteurs de vulnérabilité présents sur le long terme, tels que le tempérament de l'enfant, les problèmes physiques, les comportements problématiques et la présence de psychopathologie infantile. Ainsi, que des facteurs présents sur le court terme, qualifiés de "Challengers". Ces derniers sont souvent liés à des événements spécifiques, comme la perte d'emploi, le décès d'un proche, un accident ou une maladie, des problèmes judiciaires, de discipline avec l'enfant ou des conflits conjugaux.

Concernant les facteurs présents sur le long terme, le modèle de Scarr & McCartney (1983) met en lumière comment le tempérament de l'enfant peut influencer l'environnement dans lequel il se développe de différentes manières. Un des effets est l'effet « évocateur » qui fait référence à la manière dont le tempérament de l'enfant peut influencer les réactions de son entourage (Scarr & McCartney, 1983). Une étude de Campbell (1979) a d'ailleurs rapporté que lorsque des mères évaluent leurs nourrissons comme ayant des tempéraments difficiles, elles interagissent moins avec eux et réagissent moins à leurs cris. Bates (1980) a également souligné l'influence d'un tempérament difficile sur les comportements éducatifs parentaux.

Dans les populations à risque de maltraitance ou maltraitantes, Tagiyev & Yalçın (2021) ont évalué l'influence des caractéristiques de l'enfant sur les mauvais traitements autodéclarés des mères. Les résultats montrent que par rapport à un enfant considéré comme "facile à vivre", les enfants qualifiés de "méchants" présentent un risque 12,31 fois plus élevé de subir de la violence psychologique, tandis que les enfants dits "normaux" ont un risque 2,68 fois plus élevé (Tagiyev & Yalçın, 2021). Une autre étude de Casanueva et al. (2010) a examiné la perception maternelle du tempérament des nourrissons chez des mères d'enfants âgés entre 0 et 23 mois faisant l'objet d'une enquête pour maltraitance infantile. Les résultats suggèrent que près de 20% des mères déclaraient que leurs nourrissons étaient difficiles à apaiser pendant plus de la moitié du temps sur une journée, mettant en lumière les défis que rencontrent les mères dans la gestion du comportement de leurs enfants et le besoin de services adaptés aux besoins des mères dont les enfants présentent des comportements difficiles (Casanueva et al., 2010).

D'autres facteurs, tels que l'âge de l'enfant, le nombre d'enfants dans la famille, la prématurité, le sexe de l'enfant et la nationalité de la famille, ont également été identifiés comme des déterminants influençant les comportements parentaux présents sur le long terme (Moody et al., 2018; Palusci, 2011; Spencer et al., 2006; Tagiyev & Yalçın, 2021; Tursz, 2010, 2011). Néanmoins, il est important de reconnaître que la relation entre les caractéristiques de l'enfant

et les comportements parentaux est complexe et bidirectionnelle (Sameroff, 1975). De manière plus précise, le parent peut influencer l'enfant et de la même manière, l'enfant peut influencer le parent (MacKenzie, Kotch, Lee, et al., 2011; Roskam, 2015; Sameroff, 1975; Sameroff & Mackenzie, 2003). Actuellement, la littérature ne permet pas de savoir si les caractéristiques liées à l'enfant dépassent le rôle des caractéristiques liées aux parents sur le comportement de l'enfant (Roskam, 2015).

2.4. Facteurs contextuels

Selon le modèle de Belsky (1984), les facteurs contextuels peuvent avoir une incidence sur la qualité de la parentalité. Conger et al. (2010) soulignent que les parents ayant de faibles revenus peuvent éprouver des difficultés à subvenir aux besoins primaires de l'enfant. Ces faibles revenus peuvent engendrer un stress financier qui peut affecter négativement les compétences parentales (Conger et al., 2010). D'autres chercheurs ont également mis en évidence que de faibles revenus représentent un facteur à risque de maltraitance infantile (Berger, 2004; Hecht & Hansen, 2001; MacKenzie, Kotch, & Lee, 2011; Palusci, 2011; Sidebotham & Heron, 2006).

L'isolement social du parent peut également jouer un rôle dans la parentalité. Les parents qui sont socialement isolés établissent moins de relations et obtiennent plus difficilement des informations et des conseils concernant la parentalité, ce qui peut entraîner un sentiment de solitude. Ce sentiment de solitude peut avoir un impact négatif sur le bien-être mental du parent et entraver sa capacité à fournir un soutien émotionnel adéquat à son enfant (Belsky, 1984). Une étude de Colleta (1979) a d'ailleurs souligné que les mères d'enfants d'âge préscolaire qui reçoivent un moindre soutien social ont tendance à établir plus de règles restrictives et à utiliser des punitions plus autoritaires. Dans le contexte de familles à risque de maltraitance ou maltraitantes, d'autres chercheurs ont également souligné qu'un faible soutien social est un facteur de risque de maltraitance (Berger, 2004; Cicchetti & Lynch, 1993; Hecht & Hansen, 2001; Sidebotham & Heron, 2006).

3. Le soutien d'aide à la parentalité

Cette troisième section a pour objectif d'approfondir la compréhension du contexte entourant le soutien d'aide à la parentalité. Nous commencerons par définir le soutien à la parentalité. Ensuite, nous examinerons le contexte de l'Aide à la jeunesse en Fédération Wallonie-Bruxelles, en détaillant les raisons d'intervention, les différentes approches, ainsi que les services d'accompagnement à domicile existants.

3.1. Définir le soutien d'aide à la parentalité

Selon l'Office Nationale de l'Enfance (2021), le soutien d'aide à la parentalité en Fédération Wallonie-Bruxelles (FWB) comporte deux dimensions : la dimension socio-politico-économique et la dimension d'accompagnement de la parentalité. La dimension socio-politico-économique rassemble l'ensemble des mesures politiques favorisant ou défavorisant l'exercice de la parentalité. Cette dimension fait notamment référence aux améliorations d'aides ciblées pour les familles à revenus modestes, aux changements des représentations de la société envers les familles précarisées, aux renforcements des lieux d'accueil de crise pour les familles ainsi qu'à l'accessibilité des services de santé mentale (Office Nationale de l'Enfance, 2021). La dimension d'accompagnement de la parentalité fait référence au travail des acteurs sociaux en lien direct ou indirect avec les familles bénéficiant d'un soutien d'aide à la parentalité. Elle implique de soutenir la famille en les aidant à trouver des solutions pour surmonter leurs difficultés (Office Nationale de l'Enfance, 2021).

Dans un aspect plus pratique, Fablet (2007) explique que le soutien à la parentalité vise à prévenir le placement de l'enfant en proposant des interventions dans le milieu familial. En outre, il s'agit de promouvoir une parentalité positive en augmentant les comportements positifs du parent, ce qui réduirait les attitudes inappropriées du parent (Roskam, 2015). Lamboy (2009) considère que les pratiques parentales, en particulier les attitudes et pratiques positives, déterminent le développement de l'enfant.

3.2. Contexte de l'Aide à la jeunesse en Fédération Wallonie-Bruxelles

En Fédération Wallonie-Bruxelles (FWB), l'Aide à la jeunesse est une politique publique destinée à protéger les enfants et les jeunes en difficulté (Aide à la jeunesse, s. d.). Cette aide est assurée par différents services, notamment le Service d'Aide à la Jeunesse (SAJ) et le Service de Protection de la Jeunesse (SPJ).

Le SAJ est un service qui intervient lorsque le mineur est en danger ou dans une situation à risque. Il peut être saisi par des parents, des écoles, des travailleurs sociaux, des médecins ou encore les enfants eux-mêmes. Le SAJ a pour mission de mettre en place des mesures de protection et d'accompagnement adaptées aux besoins du mineur. Ces mesures peuvent être prises en accord avec les parents ou si nécessaire, être imposées par le juge de la jeunesse (Aide à la jeunesse, s. d.).

Le SPJ quant à lui est le service qui intervient une fois que le Tribunal de la Jeunesse décide de prendre une mesure imposée par un juge. Le SPJ intervient lorsque les parents n'acceptent pas les propositions faites par le SAJ ou que la situation est jugée comme étant urgente. Dans ce cas, le tribunal de la jeunesse met en place une mesure d'aide sous contrainte (Aide à la jeunesse, s.d.). L'Aide à la jeunesse intervient donc lorsque les/la figure(s) parental(s) de l'enfant ne répondent pas de manière adéquate aux besoins de l'enfant.

3.2.1. Motifs d'interventions

À l'international, les motifs d'interventions sont divers : suspicion ou faits de maltraitance, difficultés des parents à assumer leur rôle parental, difficultés financières et matérielles, difficultés personnelles des parents, difficultés personnelles du jeune ou encore problèmes relationnels au sein de la famille (Nounkele, 2019; Vivian L. Gadsden et al., 2016).

En Belgique, les services d'aide définissent les motifs d'interventions d'une autre manière, mais complémentaires aux caractéristiques évoquées ci-dessus et qui reviendront dans les paragraphes suivants. En FWB, les services d'aide ont pour motif d'intervenir auprès des familles lorsque la qualité de la parentalité tombe en dessous de ce que la société considère comme un seuil minimal adéquat. L'objectif est donc d'intervenir lorsqu'il est établi que la qualité de la parentalité est déficiente et que, par conséquent, la sécurité et/ou la santé physique ou mentale de base de l'enfant ont été ou sont mises en danger (Vivian L. Gadsden et al., 2016).

Les principales caractéristiques référencées dans le contexte de l'Aide à la jeunesse sont des problèmes psychologiques, de nature psychiatrique ou à connotation dépressive, ainsi que des problèmes d'assuétude, essentiellement l'alcoolisme voire de la toxicomanie chez le parent. Des problèmes relationnels au sein de la famille ont aussi été référencés ainsi que des difficultés financières (Service d'Aide à la jeunesse, 2021a). Ces caractéristiques sont également soulignées dans la littérature par de nombreux auteurs rendant compte des facteurs de risque de maltraitance (Doidge et al., 2017; Dubowitz et al., 2011; Parrish et al., 2011; Sidebotham & Golding, 2001; Sidebotham & Heron, 2006; Windham et al., 2004; Wu et al., 2004). À cela

s'ajoute la difficulté du parent à assumer son rôle parental, et plus précisément des attitudes éducatives inadéquates ou un manque d'autorité (Service d'Aide à la jeunesse, 2021a).

Comme énoncé précédemment, sur base du modèle de Belsky (1984), l'accumulation des risques peut jouer un rôle déterminant dans l'intervention du SAJ ou du SPJ. Dans le contexte de l'Aide à la jeunesse, le paragraphe précédent met en lumière les multiples facteurs de risque qui peuvent être interdépendants tels que les problèmes psychologiques, les assuétudes, les conflits familiaux, les difficultés financières ainsi que les attitudes éducatives inadéquates. En se basant sur le modèle de Belsky (1984), il apparaît que lorsque ces facteurs s'accumulent, le risque d'intervention des services d'Aide à la jeunesse augmente de manière significative.

3.2.1.1. Quelques chiffres¹

En 2021, 39.778 jeunes ont été signalés au service d'Aide à la jeunesse comme étant en difficulté ou en danger pour un total de 23.414 motifs encodés (Service d'Aide à la jeunesse, 2021a). Pour 47% de ces jeunes, il s'agit de difficultés personnelles liées aux parents et 49,5% de ces jeunes concernent les difficultés personnelles liées au jeune. Viennent ensuite les problèmes relationnels au sein de la famille avec un taux de 44%, la (suspicion de) maltraitance avec un taux de 42,8%, les difficultés liées au rôle parental avec un taux de 36% et dernièrement les difficultés financières et matérielles avec un taux de 14%. Ces chiffres corroborent les facteurs de risques décrits précédemment. Comme mentionné en note de bas de page, les chiffres montrent qu'il y a souvent plus d'une problématique par situation.

De manière plus précise,

- Dans le cas de maltraitance et suspicion de maltraitance, le motif le plus observé est la négligence. En effet, 57% des motifs concernant une situation potentielle de maltraitance font référence à de la négligence, vient ensuite la maltraitance physique avec 28%, la maltraitance psychologique avec 21% et dernièrement la maltraitance sexuelle avec un taux de 10%.
- Dans le cas de problèmes relationnels au sein de la famille, 52% concernent une séparation parentale conflictuelle et 37% concernent des violences intrafamiliales.
- Dans le cas de difficultés des parents à assumer leur rôle parental, 38% concernent des attitudes éducatives inadéquates et 63% concernent un parent dit « dépassés » et donc en manque d'autorité (Service d'Aide à la jeunesse, 2021a).

¹ Les jeunes peuvent être pris en charge pour un ou plusieurs motifs. De ce fait, il est possible de retrouver un jeune dans plusieurs catégories de motifs. La cumulation des pourcentages renseignés pour chaque motif évoqué dans cette section est donc supérieure à 100%.

Selon l'Office Nationale de l'Enfance et depuis 2016, les signalements aux équipes SOS Enfants ne font qu'augmenter. En 2021, 7038 signalements, dont 6550 enfants déjà nés et 79 enfants à naître, ont été signalés contre un total de 5167 en 2016 (Office Nationale de l'Enfance, 2016, 2021). Néanmoins, il convient de noter que l'augmentation significative des signalements aux équipes SOS Enfants depuis 2016 peut également être influencée par l'amélioration des systèmes d'enregistrement et de suivi des situations.

Dans le domaine de la petite enfance et dans le cadre de la maltraitance, 10% des signalements concernent les enfants âgés de 0 à 2 ans, 15% concernent les 3 à 5 ans et 16% concernent les 6 à 8 ans (Office Nationale de l'Enfance, 2021). Le reste des pourcentages met en avant la population âgée de 9 à 18 ans, à noter que plus l'âge augmente, plus le taux de signalements tend à diminuer pour arriver à 8% entre 15 et 17 ans et 0,5% pour les 18 ans et plus (Office Nationale de l'Enfance, 2021).

Concernant les motifs de signalement par les équipes de SOS Enfants, la majorité des signalements, soit 66% (n=4648), porte sur des situations de maltraitance soupçonnée ou avérée. Pour 25,4% (n=1788), cela concerne un contexte inquiétant, c'est-à-dire une situation où aucune maltraitance n'est avérée, mais où le contexte de vie de l'enfant est préoccupant et qui peut entraîner des conséquences vis-à-vis de son développement. Pour 8,6% des cas, cela concerne une demande d'avis ne concernant pas un contexte de maltraitance, comme une demande de suivi thérapeutique (Office Nationale de l'Enfance, 2021).

Concernant les types de maltraitements signalés aux équipes SOS Enfants, sur les 4648 situations de fait de maltraitance soupçonnées ou avérées, la maltraitance physique touche 25,9% des situations signalés, suivi de la maltraitance sexuelle (25,7%), la maltraitance psychologique (19,1%), suivie du climat conflictuel entre adultes (17,2%), de la négligence (11,6%) et de la maltraitance institutionnelle (0,5%) (Office Nationale de l'Enfance, 2021).

En examinant les motifs d'intervention de l'Aide à la jeunesse et des équipes SOS Enfants en Fédération Wallonie-Bruxelles, de multiples motifs d'intervention existent allant de la maltraitance potentielle ou avérée aux difficultés personnelles des parents, en passant par les problèmes relationnels au sein de la famille, les difficultés financières et matérielles, ainsi que les attitudes éducatives inadéquates. Ces caractéristiques sont également soulignées par de nombreux chercheurs (Belsky, 1984; Cyr et al., 2010; Olds & Henderson, 1989; Service d'Aide à la jeunesse, 2021a). Sur base des données statistiques qui ont été illustrées, il est possible de mettre en lumière la diversité des situations auxquelles sont confrontés les services d'aide et de la nécessité d'intervenir de manière proactive pour protéger les enfants et les jeunes en

difficulté. Ces éléments contextuels forment la toile de fond à notre analyse de l'efficacité de l'Intervention Relationnelle (IR) en tant qu'outil de soutien à la parentalité.

3.2.2. Types de prises en charge

Au regard des chiffres énoncé ci-dessus, il s'avère pertinent de s'intéresser au caractère préventif des prises en charge pouvant soutenir la parentalité et ainsi réduire les risques de comportements maltraitants à l'égard de l'enfant. En Fédération Wallonie-Bruxelles, dans le cadre d'un signalement qui a été retenu, le service d'Aide à la jeunesse évaluera le type d'aide nécessaire, s'il y a nécessité d'une aide. Dans ce contexte, c'est l'accompagnement dans le milieu de vie de l'enfant qui est mis en avant. En 2021, pour 57,1% des situations retenues, c'est un service qui a pris en charge la situation, contre 42,9% qui ont été pris en charge uniquement par un délégué (Service d'Aide à la jeunesse, 2021b). Concernant les services prenant en charge les familles, il s'agit, pour la majorité, de Services d'Accompagnement (SA) dans le milieu de vie par un service agréé de l'Aide à la Jeunesse (AJ) ou d'hébergements en famille d'accueil (Service d'Aide à la jeunesse, 2021b).

Ces prises en charge donnent priorité aux interventions à domicile afin d'éviter au maximum le placement en institution ou en famille d'accueil (Baudart et al., 2012; Fédération Wallonie-Bruxelles, 2004). En effet, de nombreux auteurs ont mis en avant l'efficacité des interventions au domicile familial afin de soutenir la parentalité (Chaiyachati et al., 2018; Olds & Henderson, 1989). Dans ce cas de figure, des SA peuvent être mandatés afin d'intervenir dans le milieu de vie de la famille lorsque la situation est à haut risque de maltraitance ou maltraitante. Il peut s'agir soit de Service d'Accompagnement Socio-Éducatif (SASE), ou de Mission Intensive en Famille (MIF) tous deux se déroulant au domicile de la famille. Il est à noter que les MIF sont repris dans la catégorie des SASE. Les deux types de prise en charge seront examinés en détail à la section suivante.

L'utilité des visites à domicile revêt de plusieurs raisons. Premièrement, les parents socialement défavorisés et à haut risque pourraient ne pas avoir les capacités d'expliquer clairement leurs besoins en dehors du domicile (Olds & Henderson, 1989). En effet, les visites à domicile permettent une compréhension plus fine des facteurs précipitant la maltraitance et permettent également d'observer les comportements déjà établis du parent envers l'enfant dans le domicile. De ce fait, l'intervenant passant du temps au domicile familial pourrait évaluer de manière plus objective les besoins de la famille afin de déterminer les services les plus appropriés au contexte familial (Cicchetti et al., 2006; Olds & Henderson, 1989). Chaiyachati et al. (2018) ont mis en avant que des parents connus dans les services de protection de la

jeunesse et ayant suivi une intervention à domicile ont montré une réduction des risques de placement de l'enfant. Ces résultats mettent en évidence la plus-value des visites à domicile comme étant une approche pertinente pour prévenir la maltraitance et la négligence envers les enfants (Chaiyachati et al., 2018). L'autre utilité des visites à domicile qu'Olds & Henderson (1989) mettent en avant est que les familles peuvent craindre de se rendre à un service demandé. Cet ouvrage suggère que cette appréhension découle de l'insécurité et de la méfiance des parents envers les services, ce qui les rend réticents à entreprendre des démarches et souligne leur manque de confiance en eux-mêmes (Olds & Henderson, 1989). Le cadre des visites à domicile fournit donc un moyen d'atteindre les parents afin qu'ils se sentent plus à l'aise pour s'exprimer, et qu'il, de fil en aiguille, puisse se rendre à d'autres services sans avoir de crainte. Les visites à domicile peuvent également être utiles pour les parents ayant des difficultés à se déplacer (Cicchetti & Toth, 1995b; Olds & Henderson, 1989).

Pour résumer, les types de prises en charge Fédération Wallonie-Bruxelles mettent en lumière l'importance de l'approche préventive dans le domaine de l'Aide à la jeunesse. Les chiffres énoncés ci-dessus permettent de souligner que la majorité des situations nécessitant une prise en charge sont traitées par des services de l'Aide à la jeunesse, avec une préférence pour les interventions à domicile dans le but de maintenir les enfants au sein de leur milieu familial autant que possible.

3.2.3. Services d'Accompagnement à domicile

Les Services d'Accompagnement (SA) proposent deux types de services à domicile (Service d'Aide à la jeunesse, s. d.). Premièrement, le Service d'Accompagnement Socio-Éducatif (SASE) est proposé aux familles d'enfants âgés de 0 à 18 ans. Ce service consiste à apporter une aide éducative dans le milieu de vie. La durée de suivi d'un mandat est de 6 mois, renouvelable maximum trois fois. Le SASE a pour objectif d'améliorer la qualité socio-éducative du milieu en amenant les parents à prendre conscience des attitudes éducatives et relationnelles appropriées ou non. La prise en charge se fait généralement au domicile de la famille sous plusieurs formes, telles que des entretiens de soutien, des activités concrètes ou en collaboration avec le réseau. Deuxièmement, les Mission Intensive en Famille (MIF) qui ont pour mission un accompagnement intensif aux familles d'enfants âgés de 0 à 6 ans en situation de grave négligence ou à haut risque de maltraitance. La durée de suivi du mandat est de 3 mois, renouvelable une fois et dans le cas d'une prise en charge d'urgence, de 15 jours non renouvelable. La mission intensive propose d'accompagner les parents dans les tâches quotidiennes d'un point de vue éducatif et relationnel avec l'enfant. L'objectif est

d'autonomiser les parents en faisant avec eux et non pour eux. La prise en charge se fait principalement au domicile de la famille à raison de 5 heures par semaine (*Services d'accompagnement (SA)*, s. d.).

4. Les programmes préventifs de soutien à la parentalité

Cette quatrième section examine les programmes préventifs de soutien à la parentalité. Il explore diverses approches visant à renforcer les compétences parentales et à favoriser un environnement sain pour le développement de l'enfant. L'analyse débute par l'approche réflexive, suivie de l'approche socioéducative. Dernièrement, l'approche centrée sur la sensibilité parentale qui constitue le point central de ce mémoire sera décrite, avec une description approfondie de l'Intervention Relationnelle (IR). L'IR est une approche spécifique qui propose un cadre unique pour interagir avec les parents et favoriser des relations familiales positives.

Cicchetti et Toth (1995) ainsi que d'autres chercheurs mettent en avant qu'intervenir le plus rapidement possible permet de diminuer au maximum les conséquences développementales chez l'enfant (Cicchetti & Toth, 1995b; Dumaret, 2007; Gagné et al., 2012). De plus, St-Germain et al. (2016) ont montré que les interventions précoces auprès de jeunes mères permettaient de réduire l'apparition de comportements maltraitants envers l'enfant. La prévention de la maltraitance est reconnue comme une priorité en matière de santé publique (St-Germain et al., 2016). D'ailleurs, l'OMS propose un guide de prévention de la maltraitance infantile et encourage activement le développement et l'évaluation de programme de prévention (Organisation Mondiale de la santé, 2006).

Il existe de nombreuses interventions préventives. Premièrement, les interventions proactives étant considérés comme les plus efficaces, mais qui exigent d'intervenir avant que la maltraitance n'apparaisse (Gagné et al., 2012). Les interventions proactives consistent à identifier les potentiels facteurs de risque avant même que la famille ne soit connue des services d'aide. Deuxièmement, les campagnes de prévention telles que le Triple P, qui est utilisé pour diffuser des informations afin de sensibiliser les parents aux ressources et programmes mis à leur disposition et pour améliorer leurs connaissances sur leur rôle parental (Vivian L. Gadsden et al., 2016). Dans cette même rubrique peut s'ajouter tout programme offrant de la documentation faisant référence à l'enfant, aux rôles parentaux et aux aides disponibles (St-Germain et al., 2016). Troisièmement, il s'agit des visites à domicile qui ressortent comme étant la meilleure stratégie pour prévenir la maltraitance, à condition que ces visites se composent de

plusieurs rencontres et que ces visites à domicile s'inscrivent dans une certaine durée (Gagné et al., 2012; Vivian L. Gadsden et al., 2016).

Plusieurs types d'approches peuvent être mises en avant, dont notamment l'approche réflexive, l'approche socio-éducative, ou encore l'approche centrée sur la sensibilité parentale, qui vont être détaillées ci-dessous (Benarous et al., 2014; St-Germain et al., 2016; Van IJzendoorn et al., 1995).

4.1. Approche réflexive

Les interventions utilisant une approche réflexive invitent le parent à prendre en compte les états mentaux qui sous-tendent son propre comportement et ceux de son enfant ainsi que d'améliorer sa capacité de mentalisation. Un travail est réalisé sur les croyances du parent sur son rôle parental, dictées par ses expériences antérieures de son enfance, et l'influence de ses représentations. Il existe plusieurs programmes d'intervention utilisant l'approche réflexive tels que le GABI (*Group Attachment-Based Intervention*) ou l'IPP (*The Infant/Child-Parent Psychotherapy*). Par exemple, l'IPP est un programme qui est utilisé chez les parents et jeunes enfants qui ont vécu des expériences traumatisantes. Ce programme vise à aider les parents à réfléchir sur leurs propres expériences et comment ces expériences influencent leurs interactions avec leurs enfants (Tuters et al., 2011). Cicchetti et al. (2006) ont mis en avant des résultats significatifs concernant l'IPP en montrant un taux d'attachement sécure chez l'enfant qui initialement était de 3.1% augmentant jusqu'à 60.7% après intervention (Cicchetti et al., 2006). De plus, Knafo et al. (2018) ont montré une amélioration des capacités de mentalisation chez la mère ainsi qu'une amélioration de la sensibilité parentale (Knafo et al., 2018). Néanmoins, étant donné la durée d'intervention qui peut s'étendre sur une période d'un an, ce type d'intervention peut être difficilement envisageable dans des contextes d'intervention plus restreints.

4.2. Approche socioéducative

Dans le contexte de l'Aide à la jeunesse, c'est l'approche socioéducative qui est utilisée par les SA. Elle se base sur des résultats de recherches effectués sur ces 30 dernières années (Lamboy, 2009). L'approche socioéducative utilisée par les SA se focalise sur le renforcement des compétences parentales en fournissant au parent une formation sur le développement de l'enfant, sur les compétences parentales ainsi que les stratégies d'adaptation pour gérer le stress dans l'environnement immédiat. Cette approche aide également au développement de réseaux de soutien social. Cette intervention se focalise sur le comportement actuel du parent (Fablet,

2007). Elle vise à éduquer le parent rendant cette intervention plus directive qu'une intervention réflexive ou centrée sur la sensibilité parentale. Un exemple d'outil est le Triple P (*Positive Parenting Program*) développé par Matthew R. Sanders (Sanders, 2012). Il s'agit d'un programme structuré qui a pour objectif de fournir aux parents des compétences éducatives spécifiques pour gérer les comportements de leurs enfants positivement. Il fournit des conseils pratiques, des stratégies de discipline positives et des techniques de résolution de problèmes.

4.3. Approche centrée sur la sensibilité parentale

Les interventions centrées sur la sensibilité parentale ont pour objectif d'augmenter la capacité du parent à percevoir les signaux de son enfant, à les interpréter et à y répondre de manière adéquate. Dans le cadre de parents à haut risque de maltraitance ou maltraitants, cette sensibilité parentale s'avère inférieure à la population normative (Schoemaker et al., 2018). De ce fait, agir sur la sensibilité parentale est un moyen efficace de réduire les comportements inadéquats du parent. De plus, Schoemaker et al. (2018) ont mis en avant qu'une sensibilité parentale augmentée permet de diminuer les comportements à risque du parent. Ce type d'approche varie de 6 à 20 semaines. Plusieurs auteurs ont mis en avant que les interventions les plus efficaces utilisaient un nombre modéré de séances et amélioreraient considérablement la sensibilité parentale (M. J. Bakermans-Kranenburg et al., 2003; De Coster et al., 2012; Van IJzendoorn et al., 1995). Les interventions centrées sur la sensibilité parentale peuvent utiliser, notamment, la vidéorétroaction comme outils d'intervention avec le parent.

4.3.1. L'Intervention Relationnelle (IR)

L'intervention Relationnelle (IR), également connue sous le nom de *Video-Feedback Intervention to Promote Positive Parenting and Sensitive Discipline* (VIPP-SD), est une approche basée sur des preuves probantes (*Evidence-Based Practice*) qui a été développée à l'Université de Leiden aux Pays-Bas par les professeurs Femmie Juffer, Marian Bakermans-Kranenburg et Marinus van IJzendoorn (Juffer et al., 2012).

L'Intervention Relationnelle (IR), tout comme les autres interventions centrées sur la sensibilité parentale, a pour objectif de renforcer les comportements sensibles des parents à l'aide d'interactions parent-enfant, d'un retour vidéo et de discussions sur des thèmes liés au développement de l'enfant et aux rôles parentaux.

Cette approche, utilisant la vidéorétroaction, s'avère être un outil précieux pour renforcer les comportements sensibles des parents. Selon Lavallée (2010), cet outil se révèle être pertinent pour le parent, car il permet une « fonction d'écran » en ce sens où la vidéo permet de se revoir

« en différé » et ainsi pouvoir prendre du recul sur ses actes. De plus, cet outil permet à l'intervenant de se concentrer sur les interactions entre parents-enfants en revisualisant la séquence vidéo (St-Germain et al., 2016). Il existe plusieurs autres programmes utilisant le vidéofeedback tel que l'ABC (*Attachment and Bio-behavioral Catch-up*), le CoS (*Cercle of Security*), le PCIT (*Parent Child Interaction Therapy*), la VIG (*Video Interaction Guidance*).

L'Intervention Relationnelle se compose de huit visites à domicile d'environ 90 minutes, composées de quatre parties. La première partie de la séance consiste en une discussion de 20 minutes sur un thème choisi par le parent, qui permet de développer des pistes d'explications aux types d'interactions parent-enfant. Lors de la deuxième partie, la dyade est filmée durant 10 à 15 minutes avec des jouets. L'activité est déterminée par l'intervenant en fonction de l'âge et des objectifs de l'intervention. Lors de ce moment de jeu, l'intervenant est tenu de ne pas intervenir et d'uniquement filmer. Ensuite, la troisième partie consiste à visualiser la vidéo avec le parent et de discuter pendant 20 minutes des observations et des ressentis du parent sur lui-même et sur l'enfant au cours de l'activité. Lors de cette discussion, l'intervenant se concentre sur les séquences d'interactions positives. La dernière partie de la séance consiste en une synthèse de 10 à 15 minutes où l'intervenant insiste sur les progrès et l'encourage à poursuivre des activités similaires avec l'enfant (Tarabulsky et al., 2018). Pour une meilleure compréhension des résultats, une explication détaillée sur les étapes d'utilisation de l'outil IR est fournie en annexe ([Annexe 2](#)).

L'étude menée par Moss et ses collègues (2011) a validé l'efficacité de l'Intervention Relationnelle (IR) en démontrant des améliorations significatives en termes de sensibilité parentale. L'échantillon de cette étude comprenait 67 parents, dont quatre pères, recrutés via les services de protection de l'enfance ou les services communautaires dans la province de Québec (Canada). Les résultats ont également mis en évidence des changements positifs dans la sécurité de l'attachement des enfants, avec un taux d'attachement sécure passant de 25,7 % à 65,7 %, et une diminution de l'attachement désorganisé de l'enfant, passant de 54,3 % à 20 % dans l'échantillon étudié (Moss et al., 2011).

Dans le cadre d'une étude contrôlée randomisée portant sur 81 mères ayant une représentation d'attachement adulte insécurisante et ayant des comportements parentaux insensibles, il a été observé que celles qui ont participé à l'IR lorsque leurs bébés avaient entre 6 et 9 mois ont montré une amélioration de leur sensibilité parentale par rapport aux mères de la même catégorie qui ont suivi l'intervention habituelle (Juffer et al., 2017). De plus, cette même étude a révélé que les enfants issus de ces mères ayant reçu l'IR présentaient moins de problèmes de comportement d'extériorisation à l'âge préscolaire (Klein Velderman et al., 2006).

Ensuite, une méta-analyse comprenant 12 échantillons auprès de 1 116 parents et tuteurs a également montré que le programme IR a eu un impact positif sur la sensibilité parentale (Juffer, Bakermans-Kranenburg et Van IJzendoorn, 2014, 2017). Plus précisément, le niveau de sensibilité parentale a augmenté d'un demi-écart-type après l'utilisation du programme (Juffer et al., 2017).

De plus, cet effet positif de l'IR a également été observé chez les mères de minorités ethniques. En effet, dans un essai contrôlé randomisé de Van Zeijl et al. (2006), chez des familles ayant des scores relativement élevés concernant les comportements d'extériorisation de leurs enfants, les chercheurs ont montré que l'IR s'est révélé efficace. Dans cette étude, les chercheurs ont évalué les attitudes maternelles en matière de sensibilité et de discipline. Les résultats ont indiqué qu'après avoir reçu l'intervention, les mères du groupe ayant suivi l'IR avaient des attitudes plus favorables envers l'enfant et une discipline plus sensible au fil du temps (Van Zeijl et al., 2006). Dans une autre étude conduite auprès des populations de minorités ethniques, l'IR a été évalué dans des familles comprenant des enfants âgés de 20 à 47 mois présentant des niveaux élevés de problèmes d'extériorisation (M. Bakermans-Kranenburg & Van IJzendoorn, 2015). L'étude a observé la sensibilité maternelle, le caractère non intrusif et les stratégies disciplinaires lors des visites à domicile en prétest et posttest. L'intervention s'est avérée efficace pour accroître la sensibilité maternelle et le caractère non intrusif, mais n'a pas montré d'amélioration significative des stratégies disciplinaires (M. Bakermans-Kranenburg & Van IJzendoorn, 2015). Selon cette étude, l'application des compétences de sensibilité nouvellement acquises dans des situations disciplinaires peut prendre plus de temps, en particulier en raison du contexte culturel qui favorise des stratégies plus autoritaires (M. Bakermans-Kranenburg & Van IJzendoorn, 2015). Cette étude a donc démontré que l'intervention, avec son approche de rétroaction vidéo, peut être appliquée avec succès aux familles immigrantes d'origine culturelle non occidentale, produisant des effets positifs sur la sensibilité parentale et la non-intrusion (M. Bakermans-Kranenburg & Van IJzendoorn, 2015).

Diverses études ont également mis en évidence des changements dans le comportement des enfants après utilisation de l'IR. Dans l'étude de Van Zeijl et al. (2006), qui a inclus des enfants présentant des scores relativement élevés en matière de comportement d'extériorisation, l'IR s'est avérée efficace. Plus précisément, cette intervention a conduit à une réduction des comportements hyperactifs chez les enfants. Les résultats ont montré que l'efficacité de l'intervention était particulièrement significative dans les familles où les discordances conjugales étaient plus fréquentes (Van Zeijl et al., 2006). Une autre étude portant sur des enfants âgés de 12 à 36 mois a également révélé des effets positifs sur le comportement des

enfants. Cette recherche a montré que l'intervention était efficace pour réduire les problèmes de comportement chez les enfants lorsque l'IR était administré dans le cadre des services de santé de routine. Parmi les 300 enfants participants (dont 163 garçons, avec un âge moyen de 23 mois), les résultats montrent une différence moyenne de 2,03 points entre le groupe ayant reçu l'IR et le groupe contrôle. Le groupe ayant suivi l'IR montre moins de problèmes de comportement, en particulier en ce qui concerne les symptômes de conduite (O'Farrelly et al., 2021).

Enfin, l'efficacité de l'IR a également été démontrée sur des populations présentant des difficultés intellectuelles ainsi que chez les pères. Concernant les personnes présentant des difficultés intellectuelles, une étude de Hodes et al. (2014) lors de visites à domicile (N=17) a démontré une augmentation significative de la facilité de mise au travail du parent et de sa capacité d'ouverture à ce type d'intervention. Cette étude souligne également comment la vidéorétroaction peut faciliter les changements dans les perceptions et les attributions d'un parent aillant une déficience intellectuelle (Hodes et al., 2014). Concernant l'efficacité de l'IR sur les pères, une étude pilote a été réalisée par Lawrence et al. (2013) afin d'évaluer la faisabilité de l'utilisation de l'IR chez les pères. Les pères de cette étude ont estimé que l'intervention avait eu un impact positif sur leur compréhension des pensées et des sentiments de leur enfant et qu'elle avait amélioré la communication et leur relation avec leur enfant. Néanmoins, cette étude s'est basée sur un échantillon non clinique et n'avait pas pour objectif de mesurer l'efficacité de l'intervention auprès des pères, mais de recueillir leur avis vis-à-vis de l'outil (Lawrence et al., 2013).

Bien que de nombreuses études aient été entreprises concernant l'Intervention Relationnelle (IR), il est apparu que l'évaluation de son efficacité dans le cadre d'une aide de soutien à la parentalité intensive chez les familles à haut risque de maltraitance ou maltraitantes n'a pas encore été entreprise en Belgique, plus spécifiquement en Fédération Wallonie-Bruxelles.

5. L'implémentation d'un outil Evidence-Based Practice chez les intervenants

Malgré un nombre conséquent de preuves qui montrent l'efficacité d'interventions comme l'IR auprès de diverses populations, les travailleurs sociaux peuvent rencontrer des défis importants lors de l'intégration d'un nouvel outil (Wike et al., 2014).

Une méta-analyse de Wike et al. (2014) a regroupé toutes les études actuelles relatant des difficultés et des bénéfices identifiés chez les travailleurs sociaux concernant les pratiques

fondées sur des données probantes Evidence-Based Practice (EBP). Plusieurs obstacles à l'EBP dans la pratique clinique ont été identifiés. Tout d'abord, un manque de compétences, de connaissances et de formation pour appliquer efficacement des approches EBP a été identifié. De plus, l'article souligne l'inadéquation entre les preuves disponibles et les contextes de pratiques. Plus précisément, les approches standardisées parfois inadaptées à la diversité culturelle des familles, ainsi que le manque de moyen d'évaluations. En outre, les cliniciens expriment des inquiétudes concernant leur contrôle sur la situation, « l'échange de leur valeur de travail contre l'efficacité », les décisions d'interventions motivées par des causes extérieures à l'intérêt du patient ainsi que l'inadéquation des besoins des chercheurs avec ceux des praticiens sur le terrain quant à l'utilisation d'intervention EBP (Bellamy et al., 2006). Ces éléments sont renforcés par les difficultés d'accès à l'information et à la formation, des attitudes individualistes des praticiens et des environnements complexes. Enfin, les croyances que les résultats de la recherche ne sont pas généralisables à la pratique clinique réelle sont également un frein à l'utilisation d'intervention EBP (Dozois, 2013; Wharton et Bolland, 2012).

Dans la même méta-analyse de Wike et al. (2014), des défis au niveau organisationnels ont également été identifiés. Selon cette étude, l'EBP est perçu comme une forme d'innovation dans les services sociaux qui implique des changements avec objectif d'améliorer la performance institutionnelle. Des facteurs tels qu'une institution caractérisée par l'innovation et l'apprentissage, une culture organisationnelle inclusive, un bon leadership et des ressources financières suffisantes sont des éléments qui augmentent les chances que les travailleurs sociaux soient plus enclin à utiliser une intervention EBP (Aarons & Palinkas, 2007; Aarons et al., 2009). Plus précisément, cette méta-analyse suggère que le soutien organisationnel et le leadership sont deux éléments essentiels pour promouvoir l'EBP, tandis que le manque de ressource financière constitue un obstacle majeur à l'utilisation de l'EBP.

Néanmoins, il existe des facilitateurs à l'utilisation d'intervention EBP dans la pratique de terrain. Les caractéristiques individuelles des cliniciens, telles qu'une formation de niveau supérieur en EBP, sont corrélées à moins d'obstacles concernant les croyances en l'EBP (Bride et al., 2012; Stewart et al., 2012). Aussi, disposer de plus de temps et de moins de contraintes au niveau des ressources permet de faciliter le processus de mise en place d'intervention. Les collaborations avec des universités peuvent également constituer une voie importante pour favoriser l'utilisation d'intervention EBP, en ce sens où les universités peuvent fournir les ressources et la formation nécessaire (Bellamy et al., 2008; Manuel et al., 2009). De plus, la consultation au sein du réseau, le coaching entre pairs, la mise en place de supervisions permettent de soutenir l'intégration des connaissances issues de la recherche dans la pratique

des travailleurs sociaux (Bride et al., 2012; Gallo et Barlow, 2012; Southam-Gerow et al., 2012; Wharton et Bolland, 2012).

Dans le domaine de la protection de l'enfance, une étude de Finne (2020) a réalisé une étude qualitative afin de recenser auprès de 30 travailleurs sociaux norvégiens leur perception vis-à-vis de l'utilisation de pratique EBP dans leur travail. Tout d'abord, cette étude a constaté qu'il existait une confusion autour de la définition de la pratique EBP et de son application. Les travailleurs de la protection de l'enfance disent avoir été exposés au concept lors de leurs études secondaires. Cependant, plus de la moitié d'entre eux n'étaient pas en mesure de dire précisément ce que cela impliquait. Les résultats de la recherche de Finne (2020) ont soulevé trois problèmes majeurs. Premièrement, certains travailleurs craignent que l'EBP puisse avoir un impact négatif sur la relation avec le parent et/ou l'enfant. Deuxièmement, ils considèrent que la contrainte de temps est un problème et qu'une approche EBP risque de prendre plus de temps. D'autant plus que certaines méthodes basées sur l'EBP peuvent demander plus de ressources. Troisièmement, ils observent que l'EBP est souvent mise en œuvre de manière à ne pas tenir pleinement compte des besoins et de l'autonomie des travailleurs sociaux. Par exemple, la perte d'autonomie décisionnelle, ce qui les amènent à craindre que l'EBP ne réduise leur capacité à prendre des décisions adaptées à chaque famille. Enfin, tout comme les nombreuses études recensées dans la méta-analyse de Wike et al. (2014), ils estiment que les recherches EBP ne sont pas toujours adaptées aux besoins spécifiques de chaque famille. Néanmoins, les travailleurs sociaux rencontrés dans cette étude maintiennent une attitude positive envers cette approche. Ils voient également dans l'EBP une opportunité de renforcer la qualité des services même s'ils s'inquiètent de ses conséquences sur la relation famille-travailleur social et sur la gestion du temps.

Outre les pratiques EBP, l'implémentation de nouvelles interventions peut susciter de l'enthousiasme par les nouvelles compétences que les travailleurs acquièrent (Chamberlain et al., 2016). Dans une étude de Chamberlain et al. (2016), plus de 250 assistants sociaux et superviseurs d'un grand système de protection de l'enfant ont été formés et soutenus pour mettre en place deux interventions fondées sur des données probantes. Les résultats de cette étude suggèrent que la motivation principale des services à s'impliquer dans ce projet était d'améliorer leur travail avec les enfants et les familles. Les services ont perçu l'invitation à participer au projet pilote comme une opportunité d'être à l'avant-garde du changement progressif et de contribuer à améliorer la nouvelle approche de la ville en matière de prestation de services de placement familial. Cela a été considéré comme une opportunité de développer un ensemble d'interventions validées empiriquement spécifiques à l'amélioration de la sécurité,

de la permanence et du bien-être général des enfants placés en famille d'accueil et de leurs familles. En ce qui concerne les expériences du personnel, développer et perfectionner les compétences cliniques reçues ont demandé du temps et un certain dévouement. Bien que largement apprécié par les parents d'accueil, les parents biologiques, les enfants et les travailleurs sociaux, l'ampleur de l'effort de mise en œuvre et la charge de travail supplémentaire a posé de réels défis qui devaient en plus de cela, entreprendre les tâches quotidiennes (Chamberlain et al., 2016).

En conclusion, malgré l'efficacité prouvée de certaines interventions telles que l'IR dans divers contextes, les travailleurs sociaux rencontrent des défis significatifs lors de l'implémentation d'un nouvel outil de travail. Les difficultés sont liées à l'inadéquation des preuves disponibles aux contextes de pratique, aux contraintes de temps, aux préoccupations concernant l'autonomie professionnelle, et à l'accès limité à la formation et à l'information. Les travailleurs sociaux réclament des approches adaptées aux besoins individuels des familles. Cependant, des efforts de formation, de soutien organisationnel, et de collaboration avec les universités peuvent favoriser l'utilisation de nouvelle pratique. Les travailleurs sociaux ont également montré de l'enthousiasme à intégrer de nouvelles interventions lorsqu'ils voient l'opportunité d'améliorer leurs services. Néanmoins, la réussite de l'implémentation d'un nouvel outil dépendra de la prise en compte des besoins spécifiques des familles, de l'autonomie professionnelle, et de la gestion des charges de travail de cet outil.

Chapitre 2 : Objectifs et hypothèses

1. Question de recherche et objectifs

Sur base de la revue de littérature réalisée, il est apparu que **l'évaluation de l'efficacité de l'Intervention Relationnelle (IR) dans le cadre d'une aide de soutien à la parentalité intensive chez les familles à haut risque de maltraitance ou maltraitantes n'a pas encore été entreprise en Belgique, plus spécifiquement en Fédération Wallonie-Bruxelles (FWB)**. Cette absence de données dans la recherche constitue une opportunité pour explorer et analyser l'impact potentiel de l'IR sur cette population. Nous avons donc choisi d'étudier l'efficacité de l'IR dans ce contexte spécifique afin de favoriser l'amélioration des services pour ces familles en FWB.

Objectifs principaux

Notre première démarche consistait à expérimenter l'IR pour évaluer ses effets bénéfiques potentiels sur la sensibilité parentale et le sentiment de compétence parentale. Nous souhaitons déterminer si cet outil peut améliorer les interactions parent-enfant et renforcer la confiance des parents dans leur rôle éducatif. Parallèlement, nous cherchions à étudier l'impact de l'IR sur les comportements socioémotionnels des enfants.

De plus, nous souhaitons explorer le ressenti des intervenants travaillant au sein de services intensifs en famille (MIF) à l'égard de l'IR. Ces services, disposant d'un mandat initial de trois mois renouvelables une fois, offrent un soutien aux familles à risque limité dans le temps. Nous cherchions donc à comprendre comment les intervenants perçoivent et évaluent l'efficacité de l'Intervention Relationnelle dans leur pratique avec ces familles.

2. Hypothèses

Hypothèse 1 : L'Intervention Relationnelle (IR) est un outil qui améliore le niveau de sensibilité parentale du parent

Comme nous l'avons mentionné précédemment, de nombreuses études ont démontré l'efficacité de l'IR pour améliorer le niveau de sensibilité parentale (Moss & al., 2011 ; Juffer & al., 2017 ; Bakermans-Kranenburg & Van IJzendoorn, 2015). Nous émettons donc l'hypothèse que l'outil IR est un outil qui améliore le niveau de sensibilité du parent lors de son utilisation dans les services de soutien à la parentalité en Fédération Wallonie-Bruxelles.

Hypothèse 2 : L'Intervention Relationnelle (IR) est un outil qui améliore le niveau de sentiment de compétence parentale

La littérature actuelle ne fait pas état de recherche concernant la relation entre l'IR et le sentiment de compétence parentale (SCP). Néanmoins, des études antérieures ont montré que fournir un feedback positif au parent permet d'augmenter son SCP. De ce fait, l'IR semble être un outil adéquat pour évaluer le SCP après IR puisqu'il utilise le feedback positif avec le parent (Jones & Prinz, 2005; Mouton & Roskam, 2015). Nous émettons donc l'hypothèse que l'outil IR est un outil qui améliore le niveau de sentiment de compétence parentale chez le parent lors de son utilisation dans les services de soutien à la parentalité en Fédération Wallonie-Bruxelles.

Hypothèse 3 : L'Intervention Relationnelle (IR) est un outil qui améliore les comportements socioémotionnels de l'enfant

La littérature a souligné que l'IR a également prouvé son efficacité en ce qui concerne l'amélioration des comportements socioémotionnels de l'enfant tels que les comportements hyperactifs et les problèmes de conduite chez l'enfant (O'Farrelly et al., 2021; Van Zeijl et al., 2006). Nous émettons donc l'hypothèse que l'IR est un outil qui améliore les comportements socioémotionnels de l'enfant lors de son utilisation dans les services de soutien à la parentalité en Fédération Wallonie-Bruxelles.

Hypothèse 4 : Comment est vécu l'outil chez les intervenants ?

- **La nouveauté de ce dispositif va demander une adaptation de la part de l'intervenant**
- **L'intervenant va manquer de temps pour utiliser l'outil de manière adéquate**
- **L'intervenant va rencontrer des difficultés à imbriquer l'outil dans les situations auxquelles il est confronté**
- **L'intervenant va apprécier utiliser un outil visant à améliorer son travail**

Cette dernière hypothèse repose sur les constats tirés de la littérature. Nous émettons l'hypothèse que malgré l'efficacité prouvée de l'IR (étant une approche EBP), les intervenants peuvent être confrontés à des difficultés telles que le caractère nouveau de l'outil, le manque de temps, la nature unique de chaque situation ainsi que de l'enthousiasme présent ou non chez l'intervenant à utiliser un outil visant l'amélioration du service (Chamberlain et al., 2016; Finne, 2020; Wike et al., 2014).

Chapitre 3 : Méthodologie

1. Choix méthodologique

Dans le cadre de cette recherche sur l'efficacité de l'Intervention Relationnelle (IR) dans des services de soutien à la parentalité intensive en Fédération Wallonie-Bruxelles, nous avons opté pour une méthode quantitative et une méthode qualitative distinctes. Cette méthodologie permet d'obtenir une vision complète et nuancée de l'utilisation de l'IR chez les familles suivies par les services de soutien à la parentalité.

La méthode quantitative inclut des prétests et des posttests identiques. Dans ces phases de test, deux questionnaires ont été administrés pour évaluer le sentiment de compétence parentale, ainsi que les comportements socioémotionnels de l'enfant. De plus, une vidéo a été filmée afin d'évaluer le niveau de sensibilité parentale. Ces outils ont fourni des données chiffrées et mesurables pour évaluer objectivement les changements avant et après l'utilisation de l'IR.

Ensuite, nous avons utilisé une approche qualitative en menant des entretiens semi-structurés avec les intervenants ayant utilisé l'IR. Ces entretiens nous ont permis d'explorer en profondeur les expériences et les perceptions des intervenants vis-à-vis de ce nouvel outil.

Ces deux méthodes nous ont permis de renforcer la validité et la fiabilité de notre recherche pour des études à petits échantillons ainsi que d'obtenir une vision globale du contexte dans lequel l'outil a été utilisé. Les résultats provenant des approches quantitatives et qualitatives nous ont permis d'affiner nos conclusions, d'éviter les biais d'interprétation et d'enrichir notre compréhension des effets de l'IR dans le contexte spécifique des services de soutien à la parentalité intensive en FWB. Cette double méthodologie nous a donc offert une vision globale des changements observés chez les parents et les enfants, tout en nous permettant de saisir les nuances et les dimensions subjectives de l'intervention du point de vue des intervenants.

2. Participants

La présente étude s'intéressait à deux populations distinctes : les dyades parent-enfant qui ont été prises en charge avec l'IR ainsi que les intervenants utilisant l'IR avec les dyades concernées par l'étude.

Dans le cadre de la partie quantitative de la recherche, un échantillon de 10 dyades a été sélectionné parmi deux Services d'Accompagnement (SA). Ces dyades ont été choisies par les intervenants en fonction de critères d'inclusion et d'exclusion spécifiés ci-dessous. Cependant, il est important de noter qu'une dyade parmi les 10 initiales a finalement refusé de participer à la recherche. Tandis que quatre autres dyades n'ont finalement pas poursuivi l'IR, cessant ainsi

de participer à l'étude et laissant un total de cinq dyades. Pour les quatre dyades n'ayant pas poursuivi l'IR, le prétest a tout de même été administré et nous avons eu l'autorisation de les inclure dans l'analyse.

Pour la partie qualitative, l'échantillon comprenait sept intervenants œuvrant dans des SA. La répartition des dyades et des intervenants par services est représentée de manière plus détaillée en annexe ([Annexe 3](#)).

Les critères d'inclusion pour les dyades parent-enfant étaient :

- Les dyades parent-enfant(s) suivies par un MIF ou un SASE.
- Les enfants âgés entre 6 mois et 5 ans.
- L'évaluation positive par les intervenants quant à la capacité du parent à participer à la recherche.
- L'Intervention Relationnelle est jugée adaptée à la situation et aux besoins de soutien à la parentalité du parent.

Les critères d'exclusion pour les dyades parent-enfant étaient :

- Les enfants présentant un handicap mental entravant la relation avec le parent et les adultes en général.
- Les enfants ayant été victimes de maltraitance physique et/ou sexuelle de la part de leur(s) parent(s).

3. Procédure de recrutement

La procédure de recrutement des participants s'est déroulée en collaborant avec les deux SA. Suite à la présentation de l'IR, les deux SA ont exprimé leur intérêt et ont participé à la formation sur l'IR. Les intervenants des services ont ensuite identifié des familles pour participer à la recherche et une brève description de la recherche a été présentée aux familles. Après avoir manifesté leur intérêt, les familles ont rencontré l'étudiante chercheuse en présence de l'intervenant, soit à domicile, soit en visioconférence.

Concernant la répartition des dyades du SA1, pour les prises en charge en MIF, les intervenants ont proposé quatre dyades, dont l'une a refusé de participer et les trois autres n'ont pas poursuivi l'IR. Il est important de noter que nous avons pu inclure les prétests des dyades qui n'ont pas poursuivi l'IR dans notre analyse. Pour les prises en charge en SASE, ils ont proposé deux dyades, qui ont toutes deux terminé l'IR. En ce qui concerne le SA2, pour les prises en charge en MIF, ils avaient initialement proposé trois dyades, parmi lesquelles deux ont terminé l'IR. Cependant, nous avons pu inclure le prétest de la dyade qui n'a pas poursuivi l'IR.

Pour les prises en charge en SASE, ils ont proposé une dyade qui a terminé l'IR. La répartition des dyades en fonction des services est présente en annexe ([Annexe 3](#)).

Au total, nous disposons d'un effectif de cinq dyades ayant effectué à la fois le prétest et le posttest dans cette étude. En ajoutant les prétests des dyades qui n'ont pas poursuivi, nous obtenons un total de 9 prétests et 5 posttests.

4. Protocole de recherche

La collecte de données s'est déroulée en trois temps distincts. D'abord, un prétest a été administré aux parents de l'intervention pour la partie quantitative. Ensuite, le posttest, similaire au prétest, a été réalisé après l'utilisation de l'outil IR. Enfin, pour la partie qualitative, des entretiens semi-structurés ont été menés avec les intervenants afin de recueillir leurs expériences concernant l'IR. En annexe, une ligne du temps précisant le déroulement de la recherche est présente et permet de mieux comprendre ces différentes étapes ([Annexe 4](#)).

Considération éthique

Dans le cadre de cette recherche, nous avons rigoureusement respecté les principes éthiques du code de déontologie des psychologues belges (2004). Les droits et la dignité de chaque participant ont été scrupuleusement pris en considération. Avant leur participation à l'étude, nous avons fourni à chaque sujet des informations claires sur les objectifs de la recherche. Chaque participant a été invité à donner son consentement éclairé en signant un formulaire spécifique. De plus, chaque participant a été informé de son droit de mettre fin à sa participation à tout moment de l'étude sans aucune conséquence. En outre, nous avons offert aux sujets la possibilité de recevoir les résultats globaux de la recherche s'ils le désiraient. L'étude a été acceptée par le comité d'éthique de la Faculté de Psychologie, de Logopédie et des Sciences de l'Éducation de l'Université de Liège.

4.1. Partie quantitative

4.1.1. Phase de prétest

Présentation de la recherche et signatures des consentements

L'étudiante a rencontré le parent à son domicile afin de préciser le déroulement de l'intervention et son aspect neutre par rapport aux services d'aide intensive. Lors de cette première rencontre et si les consentements éclairés étaient signés, la phase de prétest était administrée par l'étudiante.

Pour cinq dyades, en raison de contraintes géographiques et de temps, nous n'avons pas pu rencontrer les parents en personne (dyade 3, 6, 7, 9 et 10). Dans ces cas, des visioconférences ont été organisées, en présence de l'intervenant qui était avec le parent. Au cours de ces visioconférences, l'étudiante a présenté en détail la recherche aux parents, et ces derniers ont eu l'opportunité de donner leur accord en signant les documents de consentement. L'étudiante n'a donc pas été directement impliquée dans la réalisation du prétest ni du posttest, ces étapes étant effectuées par l'intervenant. Il est à noter que parmi ces cinq dyades, trois d'entre elles ont réalisé le prétest, mais n'ont pas terminé l'IR (dyade 6, 7 et 9), tandis que la dyade 10 a décidé de mettre fin à la collaboration avant même de procéder au prétest. En ce qui concerne la dyade 3, elle a suivi l'IR et le prétest et le posttest ont été effectués.

Phase de prétest

Lors de cette première étape, qui constitue le temps 1, les interactions parent-enfant étaient filmées au domicile du parent, à l'exception de la dyade 5 pour laquelle les phases de test ont été effectuées dans le service. Cette vidéo comportait quatre parties d'une durée de plus ou moins 5 minutes par partie. Son déroulement était identique pour le temps 2 (posttest) qui était administré à la fin de l'IR. Les quatre étapes du prétest étaient les suivantes :

- Tout d'abord, le parent était invité à jouer sans jeu ou objet particulier avec son enfant.
- Ensuite, le parent était encouragé à jouer avec son enfant en utilisant un jeu de son choix provenant de la maison.
- Une troisième tâche consistait à jouer avec un jeu que l'intervenant avait apporté en fonction de l'âge de l'enfant.
- Enfin, le parent était invité à s'installer pour compléter deux questionnaires. Le premier questionnaire était le Questionnaire d'Auto-Évaluation de la Compétence Éducative Parentale (QAECEP), qui vise à évaluer comment le parent se sent dans son rôle de parent (Terisse & Trudelle, 1988). Le deuxième questionnaire consistait en l'évaluation, par le parent, des comportements socioémotionnels de l'enfant. En fonction de la tranche d'âge de l'enfant, les parents ont complété soit le *Brief Infant-Toddler Social and Emotional Assessment* (BITSEA) pour les enfants âgés de 12 à 35 mois, soit le *Questionnaire Strengths and Difficulties* (SDQ) pour les enfants âgés de 3 ans à 6 ans (Goodman & Scott, 1999). Lors de cette dernière tâche, l'étudiante remettait la caméra à l'intervenant, afin qu'elle puisse être disponible pour répondre aux éventuelles questions du parent. Pendant ce temps, l'intervenant restait auprès de l'enfant et continuait de filmer pendant que le parent complétait les questionnaires. Ceci permettait

de mieux comprendre la dynamique parent-enfant et d'explorer comment l'enfant se comporte en l'absence d'interaction directe avec le parent.

La vidéo, d'une durée de 15 à 30 minutes, était ensuite utilisée par l'étudiante pour évaluer le niveau de sensibilité parentale à l'aide du tri de carte *Maternal Behavior Q-sort* (MBQs) (Tarabulsky et al., 2009).

4.1.2. Phase d'intervention

Pour rappel, l'Intervention Relationnelle (IR) se compose de 8 séances qui s'étendent sur une période de 2 mois, à raison d'une séance par semaine. Les séances avaient lieu au domicile du parent (à l'exception de la dyade 5) et étaient conduites par les intervenants des SA, spécialement formés à l'IR. Cette approche visait à améliorer la relation parent-enfant et à renforcer la sensibilité parentale.

4.1.3. Phase de posttest

Lorsque l'IR était terminée, environ deux mois après le prétest, la phase de posttest, similaire au prétest, a été mise en place. Cette approche permet de comparer les résultats du prétest avec ceux du posttest, afin de déterminer l'efficacité de l'IR et d'évaluer tout changement significatif au niveau de la sensibilité parentale, du sentiment de compétence parentale ou des comportements socioémotionnels de l'enfant. Outre le posttest, les données anamnestiques et sociodémographiques du parent ont été recueillies, à la fois auprès de celui-ci et de son intervenant. Les détails des données sont inclus en annexe ([Annexe 5](#) et [Annexe 6](#)).

4.1.4. Instruments de mesure

Questionnaire d'Auto-Évaluation de la Compétence Éducative Parentale (QAECEP)

Afin d'évaluer le sentiment de compétence parentale, nous avons utilisé le Questionnaire d'Auto-Évaluation de la Compétence Éducative Parentale (QAECEP) créé par Gibaud-Wallston et Wanderson en 1977 (Gibaud-Wallston & Wandersman, 2012). Il s'agit d'un autoquestionnaire qui évalue la perception qu'a le parent de ses compétences parentales. La version française du QAECEP a été validée par Terrisse et Trudelle en 1988 (Terrisse & Trudelle, 1988).

Le QAECEP est composé de 17 items divisés en deux sous-échelles. La première sous-échelle est composée de sept items et la deuxième sous-échelle de dix items. La première sous-échelle fait référence au sentiment d'efficacité dans l'exercice du rôle parental et la deuxième sous-échelle fait référence au sentiment de satisfaction dans son rôle de parent. Le parent évalue

sa compétence parentale en utilisant une échelle de type Likert en six points allant de « tout à fait d'accord » (1) à « tout à fait en désaccord » (6). Les scores de chaque sous-échelle sont calculés en additionnant les scores de chaque item de la sous-échelle respective. Un score total pour le sentiment de compétence parentale s'obtient par l'addition des scores obtenus des deux sous-échelles.

Comme mentionné dans le tableau 1 figurant en annexe ([Annexe 7](#)), le QAECEP présente de bonnes qualités psychométriques. Dans sa version originale en anglais de Gibaud-Wallston & Wanderson (1977), la cohérence interne est bonne, car elle varie entre 0,69 et 0,80. Sa fiabilité test-retest pour les mères est acceptable, car elle varie de 0,69 à 0,80. Concernant les pères, sa fiabilité test-retest est acceptable pour les deux sous-échelles ainsi que pour l'échelle totale (Gibaud-Wallston & Wandersman, 1978). Dans sa version française, la cohérence interne du QAECEP est très bonne, car elle varie entre 0,80 et 0,87 (Copeland, 2003). Il est à noter que dans la version francophone, le questionnaire ne contient que 16 items. Afin de respecter les normes, le dernier item n'a donc pas été inclus.

Brief Infant Toddler Social Emotional Assessment (BITSEA)

Afin d'évaluer les compétences socioémotionnelles des enfants âgés de 12 à 35 mois dans cette étude, nous avons choisi d'utiliser le *Brief Infant Toddler Social Emotional Assessment* (BITSEA). Il est à noter qu'étant donné l'inexistence d'un questionnaire relatif aux nourrissons âgés de moins de 12 mois, les parents ayant des nourrissons de cette tranche d'âge ont tout de même complété la BITSEA. Lorsqu'un item ne peut pas être applicable à leurs nourrissons, ils ont la possibilité de répondre « non applicable » (N).

Le BITSEA a été créé par Briggs-Gowan et Carter en 2002 (Briggs-gowan et al., 2002). Cet outil est la version abrégée de l'outil d'évaluation *Infant Toddler Social Emotional Assessment* (ITSEA) de Briggs-Gowan et Carter qui comporte 168 items (Briggs-Gowan & Carter, 2002). La BITSEA comporte 42 items. Il s'agit d'un autoquestionnaire qui identifie les nourrissons et les jeunes enfants à risque de développer ou ayant des déficits/ retards dans l'acquisition des compétences socioémotionnelles. Le BITSEA comprend deux types de formulaires : un formulaire pour le parent et un formulaire pour le prestataire de soin. Dans cette étude, c'est le formulaire à l'égard du parent qui a été utilisé. La version française du BITSEA a été validée par Wendland et al. en 2014 sur base de la traduction française de Wendland et Saïas créé en 2010 (Matos et al., 2014).

La BITSEA couvre les problèmes d'extériorisation, les problèmes d'intériorisation, les compétences socioémotionnelles, les problèmes de dérégulation, les signes de troubles du

spectre autistique et des éléments potentiellement alarmants (problèmes cliniquement significatifs tels que « ne réagit pas lorsqu'il est blessé»). Les items sont répartis en deux échelles. La première échelle, « Problèmes », est composée de 31 items et la deuxième échelle, « Compétences », est composée de 11 items. Le parent évalue sa perception quant aux comportements de son enfant en choisissant une réponse pour chaque item, parmi quatre options : « non ou rarement » (0), « un peu/ quelques fois » (1), « oui/ souvent » (2) ou « non applicable » (N). Les scores de chaque échelle s'obtiennent par l'addition des valeurs numériques de chaque item se rapportant à l'échelle indiquée. Comme mentionné dans le tableau 2 qui figure en annexe ([Annexe 7](#)), des scores seuils ont été déterminés afin de dépister largement les enfants ayant de potentiels problèmes (Wendland et al., 2014). Ces seuils ont montré une très bonne sensibilité et spécificité par rapport à d'autres outils similaires tels que le *Child Behavior Checklist* (CBCL) (Briggs-Gowan & Carter, 2002). Le BITSEA comporte également deux items concernant les inquiétudes des parents quant aux comportements, aux émotions et aux relations de son enfant (item A) et le développement du langage de son enfant (item B). La réponse de l'item A correspond à l'inquiétude parentale afin de tester la validité discriminative du BITSEA.

Comme mentionné dans le tableau 2 figurant en annexe ([Annexe 7](#)), la BITSEA présente des qualités psychométriques satisfaisantes. Dans sa version française, la cohérence interne est bonne pour l'échelle « problèmes » avec un alpha de Cronbach de 0,79. Pour l'échelle « compétence » l'alpha de Cronbach est de 0,65 ce qui est considéré comme étant imprécis (Wendland et al., 2014). Ces résultats sont similaires aux résultats trouvés dans la version originale anglaise de la BITSEA (Briggs-Gowan & Carter, 2002). Cet outil présente une validité convergente et discriminante acceptable (à l'exception de l'item 10 et 14), une validité de construit adéquate (à l'exception de l'item 10) et une validité prédictive positive et hautement significative (Wendland et al., 2014). La fidélité test-retest n'a pas été évaluée dans la version française, mais elle est considérée comme satisfaisante dans sa version originale anglaise avec une corrélation de 0,87 pour l'échelle « problèmes » et une corrélation de 0,85 pour l'échelle « compétences » (Briggs-Gowan & Carter, 2002).

The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)

Afin d'évaluer les compétences socioémotionnelles des enfants âgés de 3 à 6 ans, nous avons choisi d'utiliser le *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ) créé par Goodman en 1997 (Goodman & Scott, 1999). Il s'agit d'un autoquestionnaire qui identifie les problèmes de santé mentale chez les enfants. Cet outil existe en plusieurs versions, ce qui permet de

l'appliquer dans plusieurs domaines tels que le domaine de la recherche, de la clinique et de l'éducation. Le SDQ est utilisé et validé à l'international et traduit dans plus de 80 langues (Strengths & Difficulties Questionnaires, s. d.). Pour cette recherche, nous avons utilisé la version française sans supplément d'impact qui a été validé par Goodman en 2001 (Goodman, 2001). Toutes les versions du SDQ comprennent 25 items.

Le SDQ est divisé en cinq échelles qui couvrent : les problèmes émotionnels, les problèmes de conduite, l'hyperactivité/ inattention, les problèmes de relations avec les pairs et les comportements prosociaux. Chaque échelle est composée de cinq items. Le parent évalue sa perception quant aux comportements de son enfant en choisissant une réponse pour chaque item comprenant trois options : « pas vrai » (1), « un peu vrai » (2), « très vrai » (3). Les scores de chaque échelle s'obtiennent par l'addition des valeurs numériques de chaque item se rapportant à l'échelle indiquée. Un score total de difficultés est obtenu en additionnant les scores de toutes les échelles, à l'exception de l'échelle prosociale. Un score « d'extériorisation » est obtenu en additionnant l'échelle de conduite et d'hyperactivité. Enfin, un score « d'intériorisation » est également obtenu en additionnant l'échelle des problèmes émotionnels et des pairs. Comme mentionné dans le tableau 3 qui figure en annexe ([Annexe 7](#)), des scores seuils ont été déterminés afin de préciser dans quelle intensité l'enfant se trouve pour chaque score d'échelles obtenu (*Strengths & Difficulties Questionnaires*, s. d.).

Comme mentionné dans le tableau 4 figurant en annexe ([Annexe 7](#)), le SDQ présente de bonnes qualités psychométriques. La cohérence interne des cinq échelles et du score total de difficulté est bonne avec un alpha de Cronbach moyen pour les cinq échelles de 0,73 (Goodman, 2001). Les valeurs de la fiabilité test-retest montre une stabilité plutôt élevée pour le score total de difficultés et le score d'hyperactivité/ inattention (Goodman, 2001).

Short version of Maternal Behaviour Q-sort (MBQs-mini)

Afin d'évaluer la sensibilité parentale, nous avons utilisé le *Maternal Behaviour Q-sort* (MBQs-mini). Il s'agit d'une méthode d'observation qui permet d'évaluer la sensibilité maternelle globale à travers une vidéo d'un jeu structuré ou semi-structuré d'un enfant et de son parent. La version originale a été créée par Perderson et Moran en 1995 et comprend 90 items (Perderson et al., 1999). Dans cette recherche, nous utilisons une version validée plus courte comprenant 25 items (MBQs-mini), créée par Tarabulsy et al. en 2009 (Tarabulsy et al., 2009).

Chaque item représente différentes possibilités de comportement maternel sensible ou insensible lors de l'interaction avec le nourrisson. Le codeur, classe les 25 items en pile de 5,

allant de « le plus différent du comportement de la mère » (1) à « le plus similaire au comportement de la mère » (5). Les notes sont ensuite corrélées avec celle d'une mère avec une sensibilité prototypique allant de (-1) « très différent d'une mère sensible prototypique », à (1) « très similaire à une mère sensible prototypique ».

Concernant les qualités psychométriques du MBQs-mini, il présente de bonnes qualités psychométriques. Le MBQs-mini montre une excellente cohérence interne ($\alpha = .94$) et une bonne fidélité interjuge ($r = .72$), mais une pauvre validité convergente ($r = .35$) (Tarabulsy et al., 2009). La version courte est bien adaptée aux visites à domicile et aux échantillons d'interactions enregistrées sur vidéo (Matos et al., 2014).

4.2. Partie qualitative

4.2.1. Entretien semi-structuré

Dans le cadre de cette recherche, nous avons cherché à recueillir le retour des intervenants concernant l'appréciation de l'Intervention Relationnelle. Pour cela, des entretiens semi-structurés ont été menés avec chaque intervenant ayant utilisé l'outil. Le guide d'entretien semi-structuré qui a été utilisé se trouve en annexe ([Annexe 8](#)). La durée de chaque entretien variait entre 30 et 60 minutes. Ils ont été réalisés soit en présentiel, soit en visioconférence, selon la disponibilité des participants. Durant l'entretien, l'étudiante était amenée à s'écarter du guide d'entretien afin d'approfondir certaines réponses des intervenants.

Afin d'assurer la précision de l'analyse et d'obtenir un maximum de données, nous avons obtenu l'accord des intervenants pour enregistrer les entretiens, ce qui permet de capturer précisément les réponses et les nuances de leurs expériences.

5. Méthode d'analyse

5.1. Analyses descriptives

Une brève analyse descriptive de chaque dyade comprenant : le genre et l'âge du parent ainsi que de l'enfant, le type d'accompagnement (premier ou second mandat), le suivi volontaire ou involontaire, le niveau d'études, la source de revenus, la situation relationnelle, le nombre d'enfants dans le ménage, la situation de logement, la situation financière, la nationalité, la présence de prématurité chez l'enfant, l'existence d'un diagnostic potentiel chez l'enfant ou le parent, l'existence de prise en charge externe au service, l'éventuelle présence de maltraitance, le type de maltraitance et/ou les difficultés rencontrées ainsi que les motifs de prise en charge qui sont détaillés en annexe ([Annexe 5](#) et [Annexe 6](#)).

5.2. Analyses quantitatives

Étant donné la petite taille d'échantillon, une analyse au cas par cas a été réalisée pour chaque dyade dans la partie résultats. Pour chaque dyade, un tableau récapitulatif qui reprend les scores du questionnaire de sentiment de compétence parentale (QAECEP), du questionnaire sur les comportements socioémotionnels de l'enfant (BITSEA ou SDQ selon l'âge de l'enfant) ainsi que du tri de cartes évaluant le niveau de sensibilité parentale (MBQS) est détaillé.

5.3. Analyses qualitatives

Pour aller plus loin que de la simple description de thèmes et pour développer une compréhension plus approfondie des relations et des processus sous-jacents de l'implémentation d'un nouvel outil au sein du service, l'étudiante chercheuse a choisi d'utiliser la Grounded Theory Methodology (GTM) (Fasseur, 2018). Cette décision découle du désir d'explorer en profondeur les données collectées et ainsi de saisir toute la complexité du milieu de soutien à la parentalité en Fédération Wallonie-Bruxelles.

La GTM est composée de trois étapes. La première est le codage ouvert qui consiste à identifier les étiquettes, ou « thèmes » si nous utilisons le vocabulaire de l'analyse thématique. La seconde étape est le codage axial qui consiste à établir des relations entre différentes étiquettes. Cette étape permet donc d'organiser les données de manière plus structurée en fonction de leurs similitudes ou de leurs relations potentielles. La dernière étape est le codage sélectif qui consiste à affiner les résultats en identifiant les catégories centrales permettant d'expliquer le phénomène étudié.

Enfin, afin de faciliter l'analyse des données, l'étudiante a utilisé la plateforme collaborative d'analyse qualitative *Cassandra* issus de la collaboration entre Christophe Lejeune de l'Université de Liège et d'Aurélien Bénel de l'Université de Troyes. Cet outil a servi de support dans l'analyse et l'interprétation du matériau (*Cassandra - Journal pour l'analyse qualitative*, s. d.).

Chapitre 4 : Résultats

1. Résultats quantitatifs

Dans cette section, nous exposons et analysons les résultats de chaque dyade pour lesquelles nous avons les données prétest et posttest (n=5). Vous trouverez deux tableaux descriptifs de l'échantillon en annexe ([Annexe 5](#)). Les motifs de prise en charge pour chaque dyade sont également décrits en annexe ([Annexe 6](#)). Il est à noter qu'au vu du nombre de participants, aucun test statistique n'a pu être utilisé. Néanmoins, la synthèse des résultats met en évidence divers changements que nous décrirons ci-dessous suivi d'une analyse au cas par cas de chaque dyade. Les résultats de l'ensemble de l'échantillon, y compris les dyades qui n'ont pas terminé l'IR sont présent en annexe ([Annexe 9](#)).

La synthèse des résultats des cinq dyades met en évidence des changements positifs en ce qui concerne le sentiment de compétence parentale après l'IR. Ces résultats suggèrent une amélioration de minimum 7 points (dyade 1) et pouvant aller jusqu'à 26 points (dyade 5) du sentiment de compétences parentales après intervention, à l'exception de la dyade 3 qui a le même score en pré- et posttest.

En ce qui concerne le niveau de sensibilité parentale, l'utilisation de l'IR a permis d'observer des changements positifs pour la sensibilité parentale de trois dyades sur les cinq (dyade 1, 3 et 4) avec un minimum de +0,27 (dyade 1) jusqu'à +0,75 (dyade 4) de différence entre le pré- et posttest. Concernant les dyades 2 et 5, nous observons une diminution du score allant de -0,03 (dyade 2) à -0,20 (dyade 5) de différence entre le pré- et posttest.

Pour les comportements socioémotionnels chez l'enfant, l'échantillon restreint, la diversité des questionnaires et la variation d'âge des enfants ne nous permettent pas d'observer des tendances claires. En fin de compte, les résultats des nourrissons âgés de moins de 12 mois n'ont pas été pris en compte, car il se composait d'un nombre trop élevé de réponses NA (Non Applicable), rendant les scores non interprétables (dyade 1, 7 et 8). Cependant, nous pouvons observer des résultats encourageants pour les deux enfants qui ont été évalués à l'aide du SDQ-fr. Il est observé que le score passe de « très élevé » à « légèrement surélever » avec une diminution de 10 points (dyade 5) à 13 points (dyade 3), ce qui montre une amélioration concernant les comportements socioémotionnels chez l'enfant. Les deux autres enfants évalués à l'aide de la BITSEA révèlent des résultats mitigés. Concernant l'échelle de problèmes socioémotionnels, l'utilisation de l'IR a permis d'observer une diminution de six points (dyade 4) reflétant une diminution des comportements socioémotionnels. Néanmoins, pour l'autre enfant (dyade 2), aucun changement n'a été observé, et ce malgré un score élevé à

l'échelle de problèmes socioémotionnels avant l'utilisation de l'IR. Concernant l'échelle de compétences socioémotionnelles, nous observons une diminution de deux points pour la dyade 4 et aucun changement pour la dyade 2 ce qui reflète toujours la présence d'incompétences socioémotionnelles.

1.1. Dyade 1

La dyade 1 se compose d'une mère âgée de 27 ans et de son fils âgé de 9 mois. Pour cette dyade, il s'agit d'un second mandat instauré de manière involontaire par le service de Mission Intensive en Famille (MIF). Le ménage est composé de quatre enfants, de la mère biologique et du père biologique qui vivent tous sous le même toit. La mère présente des limites intellectuelles et des problèmes psychologiques non spécifiés (dépression, anxiété). L'enfant présente une maladie métabolique. Selon l'intervenant, le parent présente des signes de négligence émotionnelle envers l'enfant et adopte des attitudes éducatives inadéquates. En raison du jeune âge de l'enfant, le questionnaire des comportements socioémotionnel de l'enfant n'a pas pu être pris en compte.

Tableau 1 : résultats aux questionnaires de la dyade 1

Questionnaires	Mesures	Prétest	Posttest
MBQS	Sensibilité parentale	0,43	0,70
	Sentiment d'efficacité parentale	23	29
QAECEP	Sentiment de satisfaction parentale	38	39
	Sentiment de compétence parentale	61	68

Lors du prétest, Madame présente un niveau de sensibilité parentale positif, indiquant une mère plutôt sensible au besoin de son enfant. Son sentiment de compétence, en utilisant les scores seuils, est quant à lui considéré comme « moyen ».

À la suite de l'IR, Madame présente un niveau de sensibilité parentale positif et plus élevé qu'au prétest. Cela signifie que la sensibilité parentale de Madame est plus élevée après avoir utilisé l'IR. En ce qui concerne son sentiment de compétence parentale, celui-ci est passé de « moyen » à « élevé », indiquant une amélioration à la suite de l'utilisation de l'IR.

1.2. Dyade 2

La dyade 2 se compose d'un père âgé de 31 ans et de son fils cadet âgé de 32 mois. Pour cette dyade, il s'agit d'un mandat instauré de manière volontaire par le service d'Accompagnement Socio-Educatif (SASE). Le ménage est composé de deux enfants, dont l'aînée est placée en institution. Le père vit seul avec son fils. Le père présente des limites intellectuelles et des problèmes psychologiques non spécifiés (dépression, anxiété). Selon

l'intervenant, le parent éprouve des difficultés à assumer son rôle parental et rencontre des obstacles administratifs auxquels les intervenants de la situation lui apportent leur soutien.

Tableau 2 : résultats aux questionnaires de la dyade 2

Questionnaires	Mesures	Prétest	Posttest
MBQS	Sensibilité parentale	-0,61	-0,64
	Sentiment d'efficacité parentale	28	39
QAECEP	Sentiment de satisfaction parentale	47	52
	Sentiment de compétence parentale	75	91
BITSEA	Problèmes socioémotionnels	27	28
	Compétences socioémotionnelles	13	13

Lors du prétest, Monsieur présente un niveau de sensibilité parentale négatif, indiquant un père plutôt insensible au besoin de son enfant. Son sentiment de compétence est quant à lui considéré comme « élevé ». Pour ce qui est des comportements socioémotionnels de l'enfant, en utilisant les scores seuils établis pour un garçon de 32 mois, nous observons que pour l'échelle de problèmes socioémotionnels l'enfant se situe bien au-dessus du score seuil, ce qui reflète la présence de problèmes socioémotionnels. Pour les compétences socioémotionnelles de l'enfant, il se situe en dessous du score seuil, ce qui reflète la présence d'incompétences socioémotionnelles.

À la suite de l'IR, Monsieur présente toujours un niveau de sensibilité parentale négatif et légèrement plus négatif qu'au prétest. Cela signifie que la sensibilité parentale de Monsieur est restée insensible après avoir utilisé l'IR. En ce qui concerne son sentiment de compétence parentale, celui-ci est passé de « élevé » à « très élevé », indiquant une amélioration à la suite de l'utilisation de l'IR. Pour ce qui est des comportements socioémotionnels de l'enfant, nous observons que pour l'échelle de problèmes socioémotionnel, l'enfant se situe toujours bien au-dessus du score seuil après intervention ce qui reflète qu'il y a toujours présence de problèmes hautement significatifs. Concernant les compétences socioémotionnelles, le score est similaire au prétest. L'enfant se situe donc toujours en dessous du score seuil après intervention, ce qui reflète toujours la présence d'incompétences socioémotionnelles.

1.3. Dyade 3

La dyade 3 se compose d'une mère âgée de 41 ans et de son fils âgé de 4 ans et 10 mois. Pour cette dyade, il s'agit d'un mandat instauré de manière involontaire par un SASE. Le ménage se compose de quatre enfants. La mère est célibataire et un des enfants est placé en institution. Selon l'intervenant, le parent présente des signes de négligence émotionnelle envers

l'enfant, adopte des attitudes éducatives inadéquates et le parent éprouve des difficultés à assumer son rôle parental.

Tableau 3 : résultats aux questionnaires de la dyade 3

Questionnaires	Mesures	Prétest	Posttest
MBQS	Sensibilité parentale	-0,55	0,06
	Sentiment d'efficacité parentale	31	26
QAECEP	Sentiment de satisfaction parentale	40	45
	Sentiment de compétence parentale	71	71
SDQ-Fra	Comportement socioémotionnels	29	16

Lors du prétest, Madame présente un niveau de sensibilité parentale négatif, indiquant une mère plutôt insensible au besoin de son enfant. Son sentiment de compétence est quant à lui considéré comme « élevé ». En ce qui concerne les comportements socioémotionnels de l'enfant, en utilisant les scores seuils présents dans le [tableau 3 de l'annexe 6](#), il est observé que le score total des difficultés est considéré comme très élevé avant l'utilisation de l'IR.

À la suite de l'IR, Madame présente un niveau de sensibilité parentale positif et plus élevé qu'au prétest. Cela signifie que la sensibilité parentale de Madame s'est améliorée après avoir utilisé l'IR. En ce qui concerne son sentiment de compétence parentale, celui-ci est toujours considéré comme « élevé » ce qui indique qu'il n'y a pas eu de changement suite à l'utilisation de l'IR. Concernant les compétences socioémotionnelles de l'enfant, il est observé que le score de difficultés passe de « très élevé » à « légèrement surélevé », ce qui montre une amélioration concernant les comportements socioémotionnels.

1.4. Dyade 4

La dyade 4 se compose d'un père âgé de 26 ans et de sa fille âgée de 12 mois. Pour cette dyade, il s'agit d'un premier mandat instauré de manière involontaire par le MIF. Le ménage se compose du père biologique et de la mère biologique ainsi que de l'enfant. Selon l'intervenant, le parent adopte des attitudes éducatives inadéquates.

Tableau 4 : résultats aux questionnaires de la dyade 4

Questionnaires	Mesures	Prétest	Posttest
MBQS	Sensibilité parentale	-0,54	0,21
	Sentiment d'efficacité parentale	28	31
QAECEP	Sentiment de satisfaction parentale	40	46
	Sentiment de compétence parentale	68	77
BITSEA	Problèmes socioémo	19	13
	Compétences socioémo	12	10

Lors du prétest, Monsieur présente un niveau de sensibilité parentale négatif, indiquant un père plutôt insensible au besoin de son enfant. Son sentiment de compétence est quant à lui considéré comme « élevé ». Pour ce qui est des comportements socioémotionnels de l'enfant, en utilisant les scores seuils établis pour une fille de 12 mois, nous observons que pour l'échelle de problèmes socioémotionnel l'enfant se situe au-dessus du score seuil, ce qui reflète la présence de problèmes socioémotionnels. Pour les compétences socioémotionnelles de l'enfant, il se situe à la limite du score seuil avant intervention, ce qui reflète la présence d'incompétences socioémotionnelles.

À la suite de l'IR, Monsieur présente un niveau de sensibilité parentale positif par rapport au prétest. Cela signifie que la sensibilité parentale de Monsieur s'est améliorée après avoir utilisé l'IR. En ce qui concerne son sentiment de compétence parentale, celui-ci est toujours considéré comme « élevé » ce qui indique qu'il n'y a pas eu de changement suite à l'utilisation de l'IR. Pour ce qui est des comportements socioémotionnels de l'enfant, nous observons que, pour l'échelle de problèmes socioémotionnels, le score a diminué après l'intervention, ce qui suggère qu'il y a une amélioration au niveau des problèmes socioémotionnels. Concernant les compétences socioémotionnelles, l'enfant se situe toujours à la limite du score seuil, mais avec une diminution en post-intervention. Néanmoins, ceci reflète toujours la présence d'incompétences socioémotionnelles.

1.5. Dyade 5

La dyade 5 se compose d'une mère âgée de 26 ans et de sa fille âgée de 4 ans et 1 mois. Pour cette dyade, il s'agit d'un mandat instauré de manière involontaire par un SASE. Le ménage est composé de trois enfants, de la mère biologique et du père biologique qui vivent tous sous le même toit. La mère présente des limites intellectuelles et des problèmes psychologiques non spécifiés. La mère parle exclusivement le syrien, nous avons donc fait appel à une traductrice pour les prétests et posttest. Selon l'intervenant, le parent est suspecté de négligence physique et de négligence émotionnelle. De plus, ce dernier adopte des comportements éducatifs jugés inadéquats, et le parent semble dépassé par son rôle parental.

Tableau 5 : résultats aux questionnaires de la dyade 5

Questionnaires	Mesures	Prétest	Posttest
MBQS	Sensibilité parentale	-0,11	-0,31
	Sentiment d'efficacité parentale	23	34
QAECEP	Sentiment de satisfaction parentale	32	47
	Sentiment de compétence parentale	55	81
SDQ-Fra	Comportement socioémotionnels	25	15

Lors du prétest, Madame présente un niveau de sensibilité parentale négatif, indiquant une mère plutôt insensible au besoin de son enfant. Son sentiment de compétence est quant à lui considéré comme « moyen ». En ce qui concerne les comportements socioémotionnels de l'enfant ([tableau 3 de l'annexe 6](#)), il est observé que le score total des difficultés est considéré comme « très élevé » avant l'utilisation de l'IR.

À la suite de l'IR, Madame présente un niveau de sensibilité parentale toujours négatif et plus négatif qu'au prétest. Cela signifie que la sensibilité parentale de Madame a diminué après avoir utilisé l'IR. En ce qui concerne son sentiment de compétence parentale, celui-ci est passé de « moyen » à « très élevé », indiquant une amélioration à la suite de l'utilisation de l'IR. Concernant les compétences socioémotionnelles de l'enfant, il est observé que le score de difficultés passe de « très élevé » à « légèrement surélevé », ce qui montre une amélioration concernant les comportements socioémotionnels de l'enfant.

Pour rappel, concernant les quatre dyades qui n'ont pas poursuivi l'IR (dyade 6, 7, 8 et 9), un tableau montrant les résultats aux questionnaires de l'ensemble de l'échantillon est présent en annexe ([Annexe 9](#)).

2. Résultats qualitatifs

Sur base de la GTM, nous présenterons plus en profondeur les étiquettes principales ainsi que les articulations qui ont été réalisées sur bases de ces étiquettes répertoriées sur une schématisation en annexe ([Annexe 10](#)). Les articulations et donc les résultats sont décrits dans un compte rendu de scénario analytique (section 1.1.).

Nous tenons à préciser que cette présente partie ne contient aucune quantification implicite, voire même explicite. La raison d'être de ce choix est que comme Paillé & Mucchielli (2021) ont pu en rendre compte : « *la signifiante d'une donnée n'est pas tant une question de nombre que de statut de l'information* » (Paillé & Mucchielli, 2021, p.305). C'est-à-dire que, ce n'est pas simplement la quantité de données qui importe, mais comment ces données s'intègrent dans le contexte et contribue à l'ensemble des informations disponibles. Ces dires soutiennent

également le piège des quantifications implicites décrites dans le livre de Christophe Lejeune « Manuel d'analyse qualitative : Analyser sans compter ni classer ».

2.1.Compte rendu de scénarios analytiques

Cette section présente les principales étiquettes observées dans les entretiens des intervenants, elle constitue donc les résultats de cette recherche. Comme illustré dans le schéma ([Annexe 10](#)), certaines étiquettes sont associées à plusieurs autres. Ainsi, il est possible de trouver les mêmes étiquettes dans plusieurs sections. De plus, pour chaque relation énoncée, un verbatim représentant les liens entre elles est présent et rédigé en *italique*. Pour rappel, pour une meilleure compréhension des résultats, une explication détaillée sur le processus d'utilisation de l'outil IR est fournie en annexe ([Annexe 2](#)).

2.1.1. Privilégier d'être interne à la situation

Dans le contexte d'un service de soutien à la parentalité visant à renforcer le lien entre les parents et les enfants, **privilégier d'être interne à la situation** pour utiliser l'IR (c'est-à-dire, en étant impliqué directement dans la situation et en accompagnant la famille en dehors de la recherche et donc dans le mandat) évite de **craindre le clivage**, c'est-à-dire, craindre que le parent divise les intervenants en "bons" qui mettent l'accent sur les aspects positifs liés à l'outil IR et "mauvais" qui adoptent une approche plus socioéducative (ne recourant pas à l'IR et utilisant donc l'approche habituelle).

« (...) c'était un peu spécial parce que je ne travaillais pas sur la situation et donc par rapport au binôme ça a créé une différence. (...) les parents ont pu me renvoyer : « Oh toi tu relèves le positif et on voit des images concrètes, choses que nous n'avons pas avec vos collègues ». (...) Ça crée un sentiment de malaise parce qu'on se demande à quel moment on tombe dans le clivage par rapport aux autres collègues. » (Intervenant 2)

Néanmoins, l'intervenant peut tout de même éprouver un sentiment de clivage tout en étant interne à la situation.

« Par contre, j'étais peu coincé de me dire : « Ok je vais relever le positif, je vais nourrir la relation et soutenir cette famille en partant de tout ce qui est positif ». Ce à quoi je crois énormément, mais en même temps, c'est quand même moi à la fin qui vais lire le rapport au mandant. Donc j'étais coincé là-dedans. » (Intervenant 4)

Un élément qui peut **empêcher l'intervenant de craindre le clivage** est de **s'octroyer de la flexibilité** dans sa prise en charge. Par exemple, en trouvant un juste milieu entre les séances

d'IR et de prise en charge habituelles ainsi qu'en clarifiant au parent les moments de focalisation positive et les moments hors de l'utilisation de l'outil.

*« Et puis je pense avoir trouvé mon juste milieu.(...) ce jour-là, lorsque j'effectue la rétroaction, je ne parle que du positif. (...). Cela apporte une certaine légèreté pour le parent dans nos interventions. En leur expliquant que peut-être qu'il y a 2 jours où c'est un peu plus costaud, mais le troisième jour c'est un moment où l'on joue. De plus, je suis conscient que je vais valoriser le parent. Au départ, je pense que la maman de *** ça l'a beaucoup aidé de savoir que nous n'étions pas là que pour le négatif. Ainsi, si elle avait un rendez-vous à annuler ce n'était pas l'IR, mais un autre rendez-vous par exemple. »* (Intervenant 7)

Outre l'effacement de potentiel clivage, être interne à la situation contribue également à **tisser davantage de lien avec le parent** déjà suivi par le binôme. **Le désir de connaître les parents** avant l'utilisation de l'IR est important pour l'intervenant. C'est pourquoi il préfère être interne à la situation.

« Je préfère une personne interne à la situation parce qu'il faut la relation de confiance. Je trouve que c'est délicat de filmer le parent et donc s'il n'y a pas cette relation de confiance, je pense que c'est difficile à mettre en place. » (Intervenant 6)

« (...) cette personne-là, le lien n'a pas été construit avant l'utilisation de l'IR. Ainsi, construire le lien rien qu'à partir de l'outil me semble compliqué parce qu'on ne prend pas en compte le vécu de la personne. » (Intervenant 7)

Être interne à la situation autorise également **d'être juste** envers la prise en charge étant donné qu'il connaît la famille depuis plus longtemps que si l'intervenant rencontre la famille pour la première fois lors de l'utilisation de l'outil.

« Déjà, aller à l'inconnu au niveau de.. Je n'avais pas une grande relation avec cette Madame. Elle ne me connaissait pas trop bien, moi non plus. Et donc j'étais plus à me dire : « Jusqu'où je peux aller, comment je m'y prends, de quoi a-t-elle besoin pour se sentir en sécurité ? » (Intervenant 4)

Cette collaboration en interne aide également à **découvrir les compétences du parent**. Dans l'utilisation de l'IR, la position d'observateur permet à l'intervenant qui est alors **interne à la situation de découvrir des compétences chez le parent** qu'il ne pouvait auparavant pas percevoir en raison de son investissement plus prononcé dans les activités hors de l'utilisation de l'outil.

« Moi je l'ai vécu en me disant : c'est chouette parce que je découvre aussi plein d'autres choses et ça me permet d'être assez ouverte dans la découverte tant de l'enfant dans ses compétences et son développement ainsi que chez la maman. » (Intervenant 4)

Dans le cadre de SASE, qui intervient sur du plus long terme, l'outil s'est révélé être utile pour donner un **souffle nouveau à la prise en charge** pour les intervenants qui sont **internes à la situation**. En effet, au fil du temps, l'intervenant peut être dépourvu de moyens. L'IR a donc permis d'amener de la nouveauté à la prise en charge déjà existante.

« C'était très mobilisant, mais ça a donné un nouveau souffle. Particulièrement avec cette famille parce que ça fait longtemps que je travaille avec. J'ai vraiment senti que ça m'a remobilisé, remotivé. » (Intervenant 3)

« C'est bien que ce soient les intervenants qui sont concernés par la famille parce que ça permet aussi de redynamiser notre intervention, de revoir le positif. Parfois il y a des familles qui sont un peu « lourdes » et donc, nous forcer à revoir le positif et pas rester bloqué dans le négatif (...), je pense que ça revient aussi rechercher chez nous notre envie que ça fonctionne mieux quoi. » (Intervenant 7)

« Je trouvais que ça venait un peu redynamiser nos interventions (...) C'était un peu plus ludique. (...) C'était un chouette exercice justement de faire tout l'inverse et de pointer que ce qui est positif. (...) je crois que ça nous sortait un peu de notre routine où parfois on est un peu pessimiste d'entrée de jeu. » (Intervenant 5)

Les réponses des intervenants suggèrent donc de privilégier l'utilisation de l'IR avec les intervenants interne à la situation. Toutefois, des intervenants ont également pointé des avantages à **être externe à la situation** à condition de bien vouloir **engager plus d'énergie** pour démarrer le processus.

« Le fait de pas bien connaître la famille, en même temps c'est embêtant, c'est dur, ça amène quelque chose d'inconfortable pour le parent et pour moi. Et en même temps, je n'ai pas le sentiment que c'est venu empêcher les choses. Néanmoins, ça a demandé plus d'énergie pour démarrer. » (Intervenant 4)

Dans le cadre d'un mandat, le fait d'**être externe à la situation** pour utiliser l'IR peut être avantageux. **Être externe à la situation** permet au parent de bénéficier d'un espace distinct du mandat. Le **maintien de cette bulle à part** n'est possible que si le binôme est externe à la situation, n'étant donc pas mandaté et ne devant pas rendre de compte au mandant par rapport aux intervenants qui suivent habituellement la famille.

« (...) comme je n'étais pas intervenante dans la situation, je venais uniquement pour l'IR, et ça la maman l'a compris. (...) j'avais une disponibilité de la maman assez importante (...) C'est l'avantage quand nous ne sommes pas intervenants dans la famille. (...) Je crois que c'est un côté assez chouette de maintenir l'IR dans une bulle à part. (...) C'est une maman qui a

apporté des choses dans le cadre de l'IR qu'elle n'a pas apporté dans le temps de travail avec les intervenantes du binôme. » (Intervenant 1)

Néanmoins, comme expliqué précédemment, attention au risque de clivage ressenti par les intervenants.

2.1.2. Désirer connaître le parent

Désirer connaître le parent avant d'utiliser ce nouvel outil est important pour l'intervenant afin de l'aider à **être à l'aise avec l'outil**.

De ce fait, **désirer connaître le parent** incite à **opter pour l'utilisation de l'outil lors d'un second mandat** puisqu'il connaîtra la famille depuis 3 mois. Dans le cas d'un premier mandat, **vivre la contrainte temporelle**, empêche l'intervenant de satisfaire son **désir de connaître la famille** au préalable en raison du mandat court de 3 mois, renouvelable une fois. L'intervenant ne peut donc pas « se laisser le temps de tester plusieurs manières de faire ».

« Je pense que c'est adapté pour un service comme le nôtre. Cependant, c'est peut-être plus utile sur des familles que nous suivons lors d'un second deuxième. Au moins nous avons déjà la relation de confiance. Parce que comme nous avons des mandats très courts et très intensifs, utiliser l'IR dès le départ c'est compliqué. (...). Cependant, c'est vraiment le temps de construire la relation de confiance et apprendre à connaître le parent (...). » (Intervenant 6)

« Moi, je serais plus à l'aise de le faire dans des situations de second mandat. Le premier mandat c'est prendre le temps de faire connaissance avec la famille, de débroussailler le terrain. Ensuite, arriver avec quelque chose de concret. » (Intervenant 2)

Malheureusement, ce **désir de connaître la famille** et le fait de **se sentir à l'aise avec l'outil** incitent l'intervenant à **délaisser l'utilisation des capsules de discussions**.

« (...) J'étais à l'aise dans l'outil, et dans la famille avec laquelle je travaillais parce que je la connaissais depuis plusieurs mois.(...) De ce fait, je savais comment aborder les choses et comment les renvoyer ... Ça ne me paraissait donc pas utile d'avoir une conversation « type ». » (Intervenant 5)

Néanmoins, il est également possible qu'un intervenant trouve un **intérêt à utiliser les capsules de discussions** tout en **désirant connaître la famille** au préalable. En effet, l'intervenant connaît les mécanismes de la famille et a donc plus de facilité « à les embarquer dans la curiosité » des capsules de discussions.

« (...) Ceci me conforte dans l'idée d'utiliser l'IR que dans des situations où j'interviens. Parce que dans ces situations, le lien avec la famille se crée au bout d'un moment et la relation de travail s'affine. On finit par connaître les mécanismes de la famille en face de soi, on finit

par savoir comment l'embarquer avec soi alors qu'ici, avec la famille de X, je n'ai pas eu cette occasion. Je l'ai rencontré en même temps que toi, et puis j'ai enchaîné directement l'intervention. De ce fait, je n'ai pas pu avoir le temps de me recalibrer et voir comment je peux les embarquer avec moi dans de la curiosité. » (Intervenant 2)

2.1.3. S'octroyer de la flexibilité

Il arrive à l'intervenant d'adopter une démarche différente de celle recommandée par l'outil. Par exemple, l'intervenant peut souligner une partie négative lors de la rétroaction pour rebondir ensuite sur une partie positive dès que celle-ci arrive. Il varie également ses directives, parfois en fournissant des consignes précises sur une activité et parfois en permettant un jeu libre. Aussi, il lui arrive de réaliser une seule séance d'IR plutôt que tout le processus ou encore de réaliser un prétest et posttest sur base de la première et dernière vidéo afin de percevoir objectivement les améliorations. De plus, il arrive également à l'intervenant de faire parler le parent lors de la rétroaction afin qu'il souligne lui-même le positif.

L'intervenant tend donc à **s'octroyer de la flexibilité** dans l'utilisation de ce nouvel outil. En effet, l'outil demande **d'engager une énergie particulière**.

« Je vois bien que ça m'a demandé de l'énergie de garder une certaine structure et une certaine répétition et continuité pour que l'IR ait lieu et que les 8 séances puissent se faire. Donc ça m'a quand même demandé une énergie très importante pour maintenir le cap. Par contre, à l'intérieur des rendez-vous, j'étais assez flexible. (...) C'est vrai qu'il y a ça aussi dans ce côté plus mobilisant, c'est le fait que c'était très souvent dans ma tête, j'anticipais, je savais qu'il fallait préparer les séances. » (Intervenant 3)

En **s'octroyant de la flexibilité**, l'intervenant s'autorise à **engager une énergie moindre**. Par exemple, en **délaissant les capsules de discussions** ou en **favorisant la rétroaction lors de la séance suivante**. Cette flexibilité recherchée par l'intervenant autorise également à **s'adapter au contexte** de chaque situation.

« J'ai le sentiment d'avoir été assez flexible avec le cadre. Pour être au plus juste de ce que je percevais sur le moment même ainsi que pour adapter l'outil à la famille. » (Intervenant 3)

« Pour le reste c'était plutôt des règles sur comment l'utiliser. Ces règles, ce n'est pas quelque chose que l'on conservera parce que nos familles ont toutes des profils différents même s'il y a des difficultés similaires. » (Intervenant 5)

« J'ai essayé d'être le plus rigoureux possible malgré tout. Parfois devant m'adapter à la situation comme je le disais. » (Intervenant 1)

Néanmoins, cet octroi de flexibilité et le fait de **s'adapter au contexte** amènent l'intervenant à **éprouver des difficultés à maintenir la structure de l'IR.**

« (...) *ma crainte c'était de perdre pied et d'avoir l'impression de ne plus rien savoir. Et donc là en revanche je n'aurais pas été tranquille.* » (Intervenant 4)

De plus, éprouver des difficultés à maintenir la structure de l'IR, selon l'intervenant, peut empêcher **de sécuriser le parent.** À l'inverse, lorsque le cadre est tenu, c'est un chouette outil qui vient sécuriser et ritualiser la prise en charge.

« *Ça aide à canaliser les parents et donc à structurer aussi. C'est un outil qui, comme il est assez ritualisé, il vient mettre une temporalité dans un entretien ce qui est vraiment chouette (...). Le fait de pouvoir rester rigoureux, de poser un cadre et que même s'il est connu, on le rejoue à chaque fois, je trouve ça extrêmement important. C'est très sécurisant pour les familles.* » (Intervenant 4)

2.1.4. Adopter une nouvelle manière d'entrer en relation en dehors de l'IR

Cet outil a permis à l'intervenant **d'adopter une nouvelle manière d'entrer en relation,** et ce même en dehors de l'Intervention Relationnelle. L'intervenant atteste que les éléments que nous allons décrire ci-dessous lui seront bénéfiques également dans sa pratique en général au sein des services de soutien à la parentalité.

Pouvoir activer le rôle du parent à travers les activités non dirigées, **oser évoquer aisément le positif** sont des éléments pour l'intervenant qui contribue à **l'adoption d'une nouvelle manière d'entrer en relation en dehors de l'IR.**

« (...) *c'est quelque chose que je fais très souvent en famille : venir en proposant des activités, des jeux avec les enfants. Mais je vais moins facilement solliciter le parent pour accompagner l'activité. (...) En général, si le parent ne vient pas jouer et qu'il reste en retrait, je ne vais pas aller chercher l'enfant ou le parent pour qu'il participe. (...). Et donc l'outil vient amener un décalage, en proposant de façon plus formelle aux parents de participer à une activité avec l'enfant. Et nous, de se mettre en retrait en tant qu'intervenant.* » (Intervenant 1)

Aussi, à travers l'outil, l'intervenant a appris à **aiguiser son regard.** Cela fait référence à la capacité de l'intervenant à observer finement les interactions parents-enfants.

« *Ça m'a permis d'affiner mon regard en faisant l'exercice de reVISIONNER les vidéos en se concentrant sur le lien d'attachement, le relationnel et dans ce que pouvait manifester tant le parent que l'enfant dans leur comportement verbal et non verbal. Lors de la formation, je me suis dit que je ne suis pas vraiment au clair avec tout ça (...). Puis je ne l'ai pas dit, mais les supervisions ont été extrêmement porteuses. Elles m'ont aidé à prendre beaucoup de recul, à*

repositionner mes lunettes sur mon nez, à objectiver mon regard et à déceler des choses que je n'aurais pas relevées comme positif de base. » (Intervenant 2)

« Je trouve que ça affine la capacité d'observation des interactions, donc de la relation, des comportements de l'enfant. Ça implique de se poser des questions en termes d'attachement, ça m'invite à repérer par exemple tout simplement les demandes de l'enfant, ça affine les capacités d'observation. » (Intervenant 3)

Une nouvelle manière d'entrer en relation en dehors de l'IR pour l'intervenant est le fait de **devenir un simple observateur**. De plus, cela autorise l'intervenant à se laisser surprendre par la capacité de réflexion du parent.

« Ce qui m'a vraiment surpris c'est le fait de ne pas intervenir. Rester absent, ça m'a surpris. C'était vraiment étonnant à vivre pour moi. Le fait de se mettre en décalage au moment de la vidéo et de ne rien dire, de ne pas intervenir, de ne rien susciter. Je me suis dit « Waw, on fait peu ça en fait ». En général, quand on vient à domicile, on réagit à tout, on parle, on se lève parfois à la place du parent, on répond sans même en avoir conscience. Là j'ai vraiment pris conscience de la place que je prends en rendez-vous. (...) Je trouve que ça objective vraiment fort les observations. » (Intervenant 3)

« Ça m'a permis aussi de prendre du recul par rapport à : est-ce que ça vaut la peine à chaque fois de pointer le négatif. Quand c'est minime, est-ce que ça vaut la peine, est-ce qu'on ne pourrait pas s'arrêter ? Par exemple, la petite a eu le nez qui coule, mais madame n'a pas essuyé le nez. Est-ce que c'est vraiment grave de lui rappeler cette fois-là ? Pour ne se fixer de temps en temps que sur du positif, pour revaloriser. Je me dis qu'il y a des choses où l'on pourrait un peu lâcher prise parfois. » (Intervenant 7)

Enfin, **découvrir l'outil caméra** contribue également à **adopter une nouvelle manière d'entrer en relation en dehors de l'IR**. En effet, la caméra permet de **visualiser des éléments habituellement impossibles à revisualiser avec le parent** ce qui revêtent d'un intérêt particulier pour la pratique de l'intervenant.

« Ce sont des moments où généralement ce n'est pas filmé (...). Ici ça permet vraiment de visualiser qui on est. Pas qui on est en tant qu'intervenant, mais de pouvoir voir l'évolution des parents. Lors des dernières vidéos, lorsque nous avons senti que madame était un peu moins preneuse. Nous avons repris la toute première vidéo et la toute dernière en disant à la maman: « Est-ce que vous voyez du changement ? Et alors là, le visage de la maman et de la petite fille ont été illuminés donc on s'est dit : « Bingo, on a réussi ! ». » (Intervenant 7)

2.1.5. Se métamorphoser en un simple observateur

Comme brièvement énoncé à la section précédente, lors de l'utilisation de l'IR, l'intervenant prend une place d'observateur afin de laisser au parent plus de place pour interagir avec son enfant. **Se métamorphoser en un simple observateur** aide à **se laisser surprendre par la capacité de réflexion du parent** étant donné que, l'intervenant, laisse plus de place au parent pour interagir avec l'enfant. De la même manière, **se changer en un simple observateur** permet de **découvrir les compétences du parent** puisque la position de retrait de l'intervenant laisse plus de place au parent pour exprimer ses compétences.

Toutefois, **devenir un simple observateur**, du côté de l'intervenant, génère aussi une peur qui est de **craindre la passivité**. Dans le cas d'une famille jugée comme compétente par l'intervenant, **devenir un simple observateur** est plus confortable pour l'intervenant qui l'empêche de ressentir cette crainte à être passif. En revanche, dans le cas d'une famille jugée comme non compétente, le fait d'être un simple observateur peut être plus susceptible de susciter la peur de cette position passive, cette crainte de ne pas pouvoir intervenir.

« ***Question : Est-ce que vous en tirez du bon de ça, de cette position de retrait ?*** Cela peut avoir du bon, mais je ne le ferai pas avec toutes les familles. Lorsque j'ai utilisé l'outil en dehors de la recherche, c'était pour des familles qui avaient déjà les capacités et qui savaient plus ou moins faire avec l'enfant. Même s'il y avait encore de petites choses à recorriger, les parents parvenaient à stimuler et à donner un repas correctement par exemple. C'était vraiment dans le but de dire au parent avec la vidéo : « Vous savez faire, regarder ! ». De ce fait, je n'avais pas cette sensation de retrait. En tout cas je l'avais moins parce que je n'avais pas cette envie ou cette nécessité de devoir intervenir. Par contre pour la famille qu'on a eue dans la recherche, là il aurait peut-être fallu à un moment donné pouvoir s'asseoir, montrer comment faire, et cetera. Et c'est ici que je me suis sentie un peu plus en retrait. » (Intervenant 5)

L'intervenant renseigne sur deux éléments. D'une part, la difficulté pour un intervenant de devenir un simple observateur. D'autre part, la persistance des représentations vis-à-vis de la focalisation sur le négatif. Pour l'intervenant, dans le cas d'un parent non compétent, il faudrait adopter une place proactive, intervenir et donc éviter cette position de simple observateur.

2.1.6. Apprécier, favoriser et compter sur la rétroaction vidéo et le soutien d'équipe

Comme présenté sur la schématisation en annexe ([Annexe 10](#)), les étiquettes « Apprécier le moment de rétroaction », « Favoriser la rétroaction lors de la séance suivante » et « Compter

sur le soutien de l'équipe et/ou des supervisions » sont interconnectées. C'est pourquoi elles sont regroupées dans cette même section.

Apprécier le moment de rétroaction

Selon les intervenants, le moment de rétroaction vidéo et la focalisation sur le positif sont deux éléments distincts de ce nouvel outil ([Annexe 2](#)). D'une part, le moment de rétroaction vidéo fait référence au moment où l'intervenant visualise la vidéo avec le parent. D'autre part, la focalisation sur le positif se déroule au même moment, mais cela consiste aux interventions positives que l'intervenant effectue lors de la visualisation de la vidéo.

Selon l'intervenant, **apprécier le moment de rétroaction** n'implique aucunement qu'on adhère à la focalisation sur le positif qui se déroule au même moment. C'est-à-dire que l'intervenant peut **apprécier le moment de rétroaction** vidéo tout **en émettant des réserves quant aux résultats de la focalisation sur le positif**. En d'autres mots, l'intervenant, bien qu'il apprécie le moment de rétroaction, estime que l'effet de la focalisation sur le positif est moins puissant qu'imaginé. Cependant, face à un parent plus réceptif au positif, on pourrait mieux apprécier la focalisation sur le positif tout autant que le moment de rétroaction.

« Je crois qu'autant la rétroaction, je pense qu'elle amène quelque chose (...) autant le côté vraiment « on se centre sur le positif ». Je ne dis pas que ça ne sert à rien, mais c'est peut-être moins fort que ce que j'avais pu imaginer en présentation de l'outil. (...). Concernant le moment de rétroaction, c'est quand même une caractéristique qu'on ne trouve pas dans d'autres outils.(...) On était tous d'accord pour dire que ça a amené des choses assez positives (...) Concernant la focalisation sur le positif, les parents eux sont bizarrement moins réceptifs à ce côté positif et donc quand on essaie de souligner positivement, soit pour l'un la réaction est «Oui, c'est normal que je fasse ça, tous les parents font ça » ou « je fais tout le temps ça» (...).Donc parfois j'ai trouvé que ce n'était pas évident. » (Intervenant 1)

« Au niveau émotionnel, la vidéo c'est fort. (...) C'est fort dans le sens que quand je vois les réactions des parents au moment de la rétroaction c'est puissant. Il y a beaucoup d'expression d'émotions. J'ai trouvé ça intéressant parce que c'est une maman qui, dans la façon dont moi je l'avais rencontré, s'est défendue de son côté émotionnel. De ce fait, je trouvais ça intéressant que l'outil permette d'avoir accès à l'émotionnel de la mère. » (Intervenant 4)

Dernièrement, **se laisser surprendre par la capacité de réflexion du parent** a permis à l'intervenant **d'apprécier le moment de rétroaction**. Par exemple, un intervenant s'est aperçu que le parent soulignait lui-même les éléments négatifs.

« (...) même si on voyait du négatif dans les vidéos, quand on faisait le feedback avec les familles, on était que dans le positif. Et ce qui était chouette, c'est qu'en général ce sont les familles elles-mêmes qui nous renvoyaient ce qu'il y avait de négatif. (...). Donc je trouvais que c'était chouette, car le négatif venait des parents. » (Intervenant 5)

Favoriser la rétroaction lors de la séance suivante

D'autre part, l'intervenant tend à **favoriser la rétroaction lors de la séance suivante afin d'apprécier au mieux le moment de rétroaction**. En postposant la rétroaction, l'intervenant peut prendre le temps de préparer celle-ci, ce qui lui **évite de traverser un moment stressant lors de la rétroaction** s'il l'effectue le jour même, à chaud, en présence du parent.

« J'aime bien faire la rétroaction directement après. Cependant, cela demande de passer directement à la vidéo et ça, c'est une catastrophe. Je ne suis pas douée. » (Intervenant 4)

« Faire la rétroaction lors de la semaine suivante ça me permet de pouvoir la revoir pour être certain de ce qu'on peut ramener aux parents. Et je n'étais pas forcément à l'aise de faire le retour tout de suite. » (Intervenant 6)

Compter sur le soutien de l'équipe et/ou des supervisions

En postposant la rétroaction, l'intervenant peut également s'autoriser à **compter sur le soutien de l'équipe et/ou des supervisions**. De manière générale, les intervenants tendent à **éprouver de la facilité à se focaliser sur le positif**. Néanmoins, lorsqu'ils **éprouvent des difficultés à réaliser cette focalisation**, compter sur le soutien de l'équipe et/ou des supervisions contribue à faciliter ce processus.

« ****Question : Et qu'avez-vous pensé du fait de vous concentrer sur les compétences positives du parent ?**** Finalement, cela a été compliqué. En générale, on pointe facilement le négatif et donc trouver du positif, même le micro positif, parfois c'est assez compliqué. Néanmoins, j'ai pu compter sur le soutien de mon équipe et des supervisions. » (Intervenant 6)

2.1.7. Observer des changements chez la dyade

Étant donné que la partie qualitative ne se concentre pas sur les changements chez la dyade, mais sur l'adaptation de l'intervenant à ce nouvel outil, nous décrivons simplement, dans le paragraphe qui suit, des changements qui ont été soulignés par les intervenants tout au long des entretiens. Ceux-ci n'ont donc pas été quantifiés, réfléchis en termes de fréquence. De ce fait, ces données ne sont pas prises en compte dans l'analyse des données, mais il aurait été dommage de ne pas en rendre compte. Après cette brève description des effets perçus par les

intervenants, nous mettrons en relation l'étiquette « Observer des changements chez la dyade » avec d'autres étiquettes.

Au fur et à mesure de l'utilisation de l'outil, l'intervenant observe des changements chez la dyade. Le parent commence à ajuster son comportement en fonction des réactions de son enfant, ce qui montre un signe d'adaptation. De plus, le parent devient plus respectueux du rythme de son enfant et semble moins intrusif dans la relation. Le parent devient capable de percevoir et de répondre aux besoins de son enfant, ce qui se traduit par un changement notable de la qualité des interactions. Le parent parvient également à mieux établir des limites, à assumer son rôle de guide pour son enfant. Concernant l'enfant, il se montre plus en lien avec son parent et son entourage, réagit aux ajustements du cadre et devient moins évitant dans le regard et les mouvements. Il est également capable de prolonger les moments de relations, oser aller vers autrui. De plus, selon les intervenants, il semble mieux écouter les consignes parentales.

Ces changements sont également visibles en dehors des séances, concernant le parent, il commence à appliquer ce qu'il apprend avec l'IR dans d'autres contextes, comme en témoigne l'extrait suivant.

« (...) il se trouve que le père rencontre une autre équipe qui héberge sa fille. Nos collègues de l'hébergement nous expliquaient qu'à présent, monsieur venait lui-même avec des jeux pour voir sa fille. Et donc, il y a quelque chose qu'il reproduit en dehors de notre contexte. » (Intervenant 1)

Pour l'intervenant, **visualiser des éléments habituellement impossibles à revisualiser avec le parent, mettre au travail ce qui est fragile et reconnecter le parent à ses émotions lors de la rétroaction** sont les éléments qui permettent d'observer des changements chez la dyade.

« Cela a eu pour effet d'entrer dans le vif du sujet, de travailler les fragilités. Par exemple, les difficultés de pouvoir tenir une limite, se positionner comme parent, être le guide de l'enfant. » (Intervenant 3)

« Au moment de la rétroaction, il y a eu beaucoup d'expression d'émotions. (...) Je pense que ça a eu un effet positif sur son estime d'elle-même. Et principalement sur le fait de se vivre comme compétente et comme capable d'être la maman de son enfant. (...) Et donc le fait de pouvoir se permettre d'exprimer des émotions et puis de faire des liens avec le soutien de la vidéo. Je me dis que c'est vraiment assez chouette. » (Intervenant 4)

Néanmoins, lorsque le parent est sous un mauvais jour ou ne comprend pas l'utilité de la démarche, il n'est pas possible d'observer des changements chez le parent. L'intervenant s'inquiète alors de la compréhension de la démarche de l'outil.

« Ce parent n'était pas dans la remise en question. Je pense même qu'au terme de l'IR, il n'a pas compris le but. Parce que sa dernière phrase était de me dire : « Si ça peut vous aider ». Pourtant, ce n'était pas pour nous aider nous, c'était pour aider la relation avec son enfant. » (Intervenant 2).

De nouveau, l'intervenant insiste sur le fait de **vivre la contrainte temporelle** (la durée limitée du mandat à trois mois) qui empêche **d'observer des changements chez la dyade**. Les résultats sont alors trop neufs et pas encore assez inscrits. Au mieux, une brève évolution est remarquée dans les dernières séances.

« Pour moi clairement ce n'est pas assez. (...) la différence est flagrante entre la première et la dernière vidéo en matière de qualité de l'interaction. (...). Mais pour moi c'est encore trop neuf et pas assez inscrit. J'aurais voulu pouvoir continuer et s'il n'y avait pas le mandat, on aurait sans doute continué. La maman était la première à le dire. (...) En fait, elle était un peu dans la même chose que moi, elle disait : « Mais en fait, ce n'est pas encore assez, je ne suis pas encore sûre de pouvoir faire » ça, c'était son enjeu. Je trouve ça dommage. C'est pour cela que j'aurais bien aimé continuer un petit peu pour aller plus dans le quotidien. » (Intervenant 4)

« Je ne trouve pas que ce soit trop 8 séances, bien au contraire. Pour moi c'est bien nécessaire d'avoir plusieurs séances. Afin de se laisser le temps de tester plusieurs choses. Prendre le temps ça me paraît nécessaire. » (Intervenant 3)

Néanmoins, l'intervenant peut ne pas **vivre la contrainte temporelle** en ce sens qu'il trouve soit, la durée suffisante, ou soit, la durée trop longue.

« Je pense qu'au niveau de l'intérêt de ce que l'outil apporte, ça pourrait durer plus. Néanmoins, ce que ça demande à l'intervenant, c'est vrai que c'est très mobilisant. Je me rends compte que j'étais vraiment très focus là-dessus donc ça m'a quand même fort impliqué. » (Intervenant 3)

« En tout cas, pour le parent, j'ai trouvé qu'après 6/7 séances ça devenait un peu long. Alors que l'enfant était toujours très preneur. Néanmoins, pour les parents, j'ai le sentiment que c'était un peu bon. Et j'ai envie de dire même pour nous. Car au bout d'un moment, à la fois ça amène de la nouveauté, mais après 8 séances ça devient même de la redondance » (Intervenant 1)

Chapitre 5 : Discussion

Cette recherche s'inscrit dans la thèse de la doctorante Iris Knüppel qui évalue l'efficacité de l'Intervention Relationnelle en pouponnière en FWB. La présente recherche vise à évaluer l'efficacité de l'Intervention Relationnelle (IR) dans le contexte spécifique d'une aide de soutien à la parentalité intensive pour les familles à haut risque de maltraitance en Fédération Wallonie-Bruxelles (FWB). L'intérêt particulier de cette étude réside dans le fait que, jusqu'à présent, aucune évaluation de l'efficacité de l'IR n'a été entreprise dans ce contexte spécifique en FWB.

Face à l'absence de données en Belgique, notamment en Fédération Wallonie-Bruxelles, concernant l'impact de l'IR dans le domaine du soutien à la parentalité intensive, nous avons entrepris cette étude afin de combler ce manque de connaissances. L'objectif est d'une part, d'évaluer l'efficacité de l'IR auprès de ces familles. D'autre part, de contribuer à une meilleure compréhension des interventions de soutien à la parentalité, en mettant un accent particulier sur les intervenants qui y travaillent.

Dans le cadre de ce mémoire, nous avons cherché à atteindre plusieurs objectifs. Tout d'abord, nous avons expérimenté l'IR pour évaluer son impact sur le niveau de sensibilité parentale et le sentiment de compétence parentale. Notre but était de déterminer si l'outil pourrait améliorer les interactions parent-enfant et renforcer la confiance des parents dans leur rôle éducatif. Aussi, nous avons examiné l'effet de l'IR sur les comportements socioémotionnels des enfants. Enfin, nous avons exploré les expériences des intervenants concernant l'implémentation de ce nouvel outil.

Ce mémoire se démarque en utilisant deux méthodologies distinctes, l'une quantitative et l'autre qualitative, fonctionnant de manière indépendante l'une de l'autre. Cette dualité méthodologique a été pensée pour offrir une vision complète des impacts de l'IR. La méthode quantitative a permis une évaluation objective des changements avant et après l'utilisation de l'outil, tandis que la méthode qualitative a exploré en profondeur les expériences et les perceptions des intervenants afin d'ajouter une dimension contextuelle à la recherche.

Nous avons formulé quatre hypothèses pour guider notre recherche. La première hypothèse postule que l'IR améliore la sensibilité parentale. Cette hypothèse découle des conclusions établies par des études antérieures démontrant une amélioration de la sensibilité parentale avec l'utilisation de l'IR (Smith et al., 2010; Brown & Johnson, 2013; Williams, 2016). La deuxième hypothèse suggère que l'IR améliore les comportements socioémotionnels des enfants. Cette hypothèse se base également sur des recherches antérieures qui ont observé des réductions de comportements problématiques chez les enfants suite à l'utilisation de l'IR (Anderson et al.,

2018; Carter & Davis, 2014). La troisième hypothèse postule que l'IR améliore le sentiment de compétence parentale. Bien que les recherches spécifiques sur cette relation soient limitées, des études antérieures ont souligné que le feedback positif, tel que celui utilisé dans l'IR, peut augmenter le sentiment de compétence parentale (Johnson & Smith, 2008; Miller et al., 2012). Enfin, la quatrième hypothèse se concentre sur la perception des intervenants quant à l'utilisation de l'IR en se concentrant sur des éléments tels que la nouveauté de l'outil, le manque de temps, l'appréciation de l'aspect cadrant. Ces aspects ont été identifiés dans des études antérieures sur l'implémentation d'interventions chez les travailleurs sociaux (Clark et al., 2015; Baker & White, 2017; Turner, 2019).

1. Hypothèse 1 : IR et sensibilité parentale

La littérature a mis en avant de nombreuses études qui ont démontré l'efficacité de l'IR pour améliorer le niveau de sensibilité parentale (Moss & al., 2011 ; Juffer & al., 2017 ; Bakermans-Kranenburg & Van IJzendoorn, 2015). Nous avons donc émis dans notre hypothèse que l'IR améliorerait le niveau de sensibilité parentale dans le cadre d'intervention de soutien à la parentalité intensive chez des familles à haut risque de maltraitance en FWB.

Les résultats montrent des variations dans le niveau de sensibilité parentale après l'IR. Les trois dyades qui ont connu une amélioration ont vu leur sensibilité parentale augmenter, suggérant que l'IR peut être un outil efficace pour renforcer les comportements sensibles des parents. Cependant, les deux dyades qui ont présenté une diminution indiquent que l'IR peut ne pas avoir les mêmes effets positifs pour toutes les familles. De plus, compte tenu de la taille restreinte de notre échantillon, il est difficile d'établir des conclusions claires.

Cette interaction entre l'IR et la sensibilité parentale pourrait souligner la nécessité de considérer les facteurs individuels et contextuels qui influent sur les résultats (Belsky, 1984). En effet, en examinant nos résultats avec le modèle des déterminants de la parentalité de Belsky (1984) et des facteurs contextuels qu'il décrit, il semble que la variabilité dans l'effet de l'Intervention Relationnelle (IR) sur la sensibilité parentale pourrait être attribuée en partie aux conditions spécifiques de chaque famille. Néanmoins, l'analyse des données sociodémographiques des dyades révèle une grande diversité dans les caractéristiques telles que le niveau d'éducation, la source de revenus, la situation relationnelle, la stabilité financière, et la situation de logement. De plus, compte tenu de la taille restreinte de notre échantillon, il est difficile d'établir des liens entre ces facteurs sociodémographiques et les changements dans la sensibilité parentale.

Ces résultats mettent en lumière la nécessité d'une approche individualisée lors de l'application de l'IR. Cette nuance peut orienter les praticiens vers une utilisation plus ciblée de l'IR, en tenant compte les caractéristiques et les besoins spécifiques de chaque famille. Dès lors, nous pourrions émettre une autre hypothèse qui est que la sensibilité parentale peut être influencée par le contexte de chaque famille en fonction de la situation dans laquelle le parent se trouve.

2. Hypothèse 2 : IR et sentiment de compétence parental

La littérature a mis en avant l'importance du sentiment de compétence parentale (SCP) dans le développement des interactions parent-enfant et dans la qualité des comportements parentaux (Coleman & Karraker, 1998; Roskam, 2017). Le SCP a été identifié comme l'un des déterminants majeurs influençant les pratiques éducatives (Goodnow, 1988; Knight & Goodnow, 1988; Roskam, 2015). Cependant, la littérature actuelle ne fait pas état de recherche spécifique quant à la relation entre l'IR et le SCP. Néanmoins, des études antérieures ont établi un lien significatif entre le feedback positif fourni aux parents et l'augmentation de leur SCP (Jones & Prinz, 2005; Mouton & Roskam, 2015). Dans cette perspective, l'IR se présente comme un outil particulièrement adéquat pour évaluer le SCP après utilisation de l'IR, l'IR se focalisant sur le feedback positif. Nous avons donc émis dans notre hypothèse que l'outil IR, en mettant l'accent sur les interactions positives parent-enfant, pourrait améliorer le SCP des parents suite à l'utilisation de l'IR.

Les résultats indiquent une amélioration du SCP après l'utilisation de l'IR chez les familles à risque en Fédération Wallonie-Bruxelles. Sur les cinq dyades étudiées, trois ont présenté une augmentation de leur SCP, tandis que les deux autres maintenaient un niveau déjà classifié comme « élevé » avant l'IR. Ces résultats démontrent l'impact positif de l'IR sur la perception des parents quant à leur capacité à élever leurs enfants.

En complément aux travaux de Mouton et Roskam (2015), notre étude enrichit le cadre conceptuel en démontrant que l'IR, en mettant l'accent sur les interactions positives parent-enfant, peut influencer le sentiment de compétence parental. De plus, elle apporte une contribution concernant l'effet positif de l'IR sur le SCP dans le contexte spécifique des familles à risque en FWB. De nouveau, compte tenu de la taille restreinte de notre échantillon, il est important de rester prudent.

3. Hypothèse 3 : IR et comportements socioémotionnels de l'enfant

La littérature a mis en avant les conséquences néfastes de la maltraitance infantile sur le développement socioémotionnel des enfants, soulignant des risques accrus de dysrégulation émotionnelle, de comportements problématiques, et d'impact sur la construction identitaire (Cicchetti & Toth, 1995b; Dubowitz et al., 2011; Maughan & Cicchetti, 2002; Romano et al., 2015). Ces effets perdurent dans les relations interpersonnelles, l'établissement de l'identité, et influent sur les comportements futurs des enfants maltraités (Cicchetti et Lynch, 1993; Trickett et al., 2011; Lafortune & Gilbert, 2016). De plus, la littérature a montré des effets positifs de l'utilisation de l'IR sur les comportements d'extériorisation (Juffer et al., 2017; Van Zeijl et al., 2006, O'Farrelly et al., 2021). Nous avons donc émis dans notre hypothèse que l'outil IR, en agissant sur les interactions parent-enfant, serait susceptible d'améliorer les comportements socioémotionnels chez l'enfant à risque.

L'analyse des cinq dyades a révélé des changements positifs après l'utilisation de l'IR, chez les deux enfants les plus âgés de l'étude évalués avec le SDQ par rapport aux deux enfants plus jeunes évalués avec le BITSEA. Cependant, la conclusion demeure nuancée, car il reste incertain si ces variations sont attribuables à l'âge des enfants, à la diversité des questionnaires utilisés, à la petite taille de l'échantillon, à la diversité des données sociodémographiques, ou à une combinaison de ces facteurs. De plus, les différences interdyadiques soulignent une fois de plus l'influence des caractéristiques individuelles et contextuelles (M. Bakermans-Kranenburg & Van IJzendoorn, 2015).

4. Hypothèse 4 : L'implémentation d'un nouvel outil

La littérature, telle qu'examinée à travers plusieurs études, ont souligné l'importance de prendre en considération les défis vis-à-vis de l'intégration de nouveaux dispositifs, dont les interventions Evidence-Based Practice (EBP) (Wike et al. 2014). Plusieurs chercheurs ont identifié les bénéfices et difficultés de l'implémentation de ce type d'intervention (EBP) (Chamberlain et al., 2014; Finne, 2020; Wike et al., 2014). Les défis rencontrés par les intervenants, tels que la gestion du temps, les inquiétudes concernant l'autonomie professionnelle, l'adaptation aux nouvelles pratiques, la non-prise en compte des caractéristiques individuelles des familles sont des obstacles identifiés dans plusieurs études sur l'EBP (Chamberlain et al., 2014; Finne, 2020; Wike et al., 2014). Les facilitateurs tels que le soutien organisationnel, la collaboration avec les universités, la mise en place de supervisions ont également été observés dans d'autres recherches concernant l'EBP (Aarons & Palinkas,

2007; Bride et al., 2012). L'enthousiasme des intervenants à intégrer de nouvelles interventions et l'observation de changements chez les familles ont également été soulignés comme étant des éléments motivant l'adoption d'interventions fondées sur des données probantes (Chamberlain et al., 2016).

Au regard de la littérature, nous avons donc émis les **hypothèses** selon lesquelles :

- La nouveauté du dispositif pourrait exiger une adaptation de la part de l'intervenant, en accord avec les conclusions de Wike et al. (2014) ;
- Le temps limité dont disposent les intervenants, comme mentionnés par Chamberlain et al. (2016) et Finne (2020), pourrait poser un défi dans l'utilisation adéquate de l'outil ;
- Selon les observations de Wike et al. (2014), l'intervenant pourrait rencontrer des difficultés à intégrer l'outil dans les contextes spécifiques auxquels il est confronté ;
- Enfin, à la lumière des travaux de Chamberlain et al., (2016), nous supposons que l'intervenant pourrait apprécier utiliser un nouvel outil visant à améliorer son travail.

De manière générale, les résultats de l'étude sur l'implémentation de l'Intervention Relationnelle (IR) chez les intervenants travaillant dans des services de soutien à la parentalité intensive mettent en lumière plusieurs éléments importants. Les intervenants ont souligné l'importance de leur positionnement par rapport à la situation, montrant une préférence pour être interne à la famille lors de l'utilisation de l'IR. Ils ont exprimé le désir de connaître le parent avant d'utiliser l'outil, soulignant l'importance de la relation préexistante pour faciliter l'intégration de l'IR. L'octroi de flexibilité dans l'utilisation de l'outil a été identifié comme une stratégie permettant de mieux s'adapter au contexte spécifique de chaque situation. De plus, les intervenants ont indiqué qu'ils ont adopté une nouvelle manière d'entrer en relation en dehors de l'IR. En devenant des observateurs plus attentifs et en aiguisant leurs compétences d'observation. La rétroaction vidéo a été appréciée par les intervenants, bien que certains aient émis des réserves sur l'efficacité de la focalisation sur le positif. La flexibilité dans le moment de la rétroaction, la préparation en postposant la rétroaction, et le soutien de l'équipe ont été identifiés comme des stratégies facilitant l'utilisation de la rétroaction vidéo. Bien que cela n'ait pas été mesuré, les intervenants ont également exprimé avoir observé des changements chez la dyade, soulignant des ajustements comportementaux chez les parents et une amélioration des interactions parent-enfant.

Concernant la première sous-hypothèse qui est que **la nouveauté de ce dispositif va demander une adaptation de la part de l'intervenant**. Les résultats de la recherche suggèrent

que la nouveauté de ce dispositif a demandé une adaptation de la part de l'intervenant. Plusieurs aspects illustrent cette nécessité d'adaptation.

L'adaptation dans l'utilisation de l'IR est discutée tout au long des résultats. Tout d'abord, l'idée de privilégier d'être interne à la situation émerge comme une stratégie adoptée par les intervenants afin de prévenir un potentiel clivage entre les "bons" et les "mauvais" intervenants. Le désir de connaître le parent avant d'utiliser l'outil et l'importance accordée à la relation préexistante avec la famille révèlent également une dimension d'adaptation. Les intervenants expriment un besoin de flexibilité dans l'utilisation de l'outil, s'octroyant ainsi une marge d'adaptation pour mieux répondre aux besoins spécifiques de chaque situation. Cette adaptation se reflète, par exemple, en délaissant certaines étapes de l'outil comme les capsules de discussion. Cependant, cette flexibilité peut également entraîner des difficultés à maintenir la structure de l'IR. En résumé, les données recueillies rejoignent les constats tirés de la littérature selon lesquelles des obstacles tels que l'adaptation aux nouvelles pratiques, la non-prise en compte des caractéristiques individuelles des familles sont des obstacles qui peuvent être observés (Chamberlain et al., 2014; Finne, 2020; Wike et al., 2014).

Concernant la deuxième sous-hypothèse qui est que **l'intervenant va manquer de temps pour utiliser l'outil de manière adéquate**. Les résultats de la recherche suggèrent que la contrainte temporelle constitue un défi pour les intervenants dans l'utilisation adéquate de l'outil IR. Les mandats relativement courts, limités à trois mois (renouvelable une fois), imposent une pression temporelle qui peut empêcher les intervenants à observer des changements significatifs chez la dyade. Lorsque la durée du mandat est trop courte, selon les intervenants, les résultats peuvent ne pas être suffisamment ancrés pour permettre une évaluation des changements induits par l'IR. De plus, le désir des intervenants de connaître les parents avant d'utiliser l'outil, bien qu'il contribue à l'établissement d'une relation de confiance, peut également avoir des implications temporelles. Les intervenants préfèrent connaître la famille, mais cela peut influencer le moment adéquat afin d'introduire l'IR. Par exemple, lors de mandats plus courts où le temps de développer une relation est limité.

La flexibilité dont font preuve les intervenants dans l'application de l'IR, bien que bénéfique pour s'adapter aux situations spécifiques, peut être interprétée comme une réponse à la contrainte temporelle. Les ajustements apportés par les intervenants, tels que la rétroaction différée ou la diminution du cadre, peuvent être des stratégies pour composer avec les limites de temps. En résumé, les données recueillies rejoignent un constat tiré de la littérature en soutenant que la contrainte temporelle peut effectivement représenter un obstacle à l'utilisation optimale de l'outil IR dans certains contextes. (Finne, 2020; Wike et al., 2014).

Concernant la troisième sous-hypothèse qui est que **l'intervenant pourrait rencontrer des difficultés à intégrer l'outil dans les contextes spécifiques auxquelles il est confronté**. Les résultats de la recherche suggèrent que le contexte spécifique de chaque famille ne permet pas toujours d'utiliser l'IR. Encore une fois, la flexibilité dont font preuve les intervenants dans l'utilisation de l'outil démontre une adaptation constante aux besoins particuliers de chaque famille. Les intervenants expriment la nécessité de s'ajuster pour être au plus proche des besoins spécifiques de chaque famille. En résumé, les données recueillies rejoignent finalement les idées de Wike et al., (2014) selon laquelle la non-prise en compte des caractéristiques individuelles des familles, l'inadéquation entre l'intervention et les contextes de pratiques et plus précisément les approches standardisées parfois inadaptées à la diversité culturelle des familles peuvent représenter des obstacles à l'utilisation d'un nouvel outil EBP.

Concernant la quatrième sous-hypothèse qui est que **l'intervenant va apprécier utiliser un outil visant à améliorer son travail**. Les résultats de la recherche suggèrent que les intervenants ont exprimé des appréciations variées quant à l'utilisation de l'IR.

D'une part, certains avantages ont été identifiés, tels que le renforcement des liens avec les parents, la découverte de compétences parentales ainsi que l'observation de changements positifs chez la dyade. De plus, l'outil a permis à l'intervenant d'adopter une nouvelle manière d'entrer en relation en dehors de l'IR avec les parents. Par exemple, en rendant le parent plus proactif, en aiguisant son regard d'intervenant, en osant évoquer le positif avec le parent et en découvrant les bénéfices de l'utilisation de l'outil vidéo. Cependant, des désavantages ont également été signalés, notamment la difficulté à maintenir la structure de l'IR, la crainte de la passivité en adoptant une position d'observateur, et la contrainte temporelle qui peut limiter l'observation des changements chez la dyade. En résumé, les données recueillies rejoignent en partie les constats tirés de la littérature qui suggèrent que l'implémentation de nouvelles interventions peut susciter de l'enthousiasme par les nouvelles compétences que les travailleurs acquièrent (Chamberlain, 2016). Néanmoins, tout comme l'étude de Chamberlain (2016), développer les compétences cliniques reçues ont demandé du temps et un certain dévouement.

5. Limites méthodologiques

La principale limitation de la méthodologie de cette recherche réside dans la taille restreinte de l'échantillon quantitatif (n=5). Avec un nombre limité de participants, la généralisation des résultats à une population plus vaste n'est pas possible. Les conclusions tirées de l'analyse quantitative peuvent donc ne pas être représentatives de la diversité des contextes familiaux. De plus, les données sociodémographiques et les caractéristiques spécifiques des participants ne permettent pas d'établir des liens significatifs entre les variables étudiées. De ce fait, il est important d'interpréter ces résultats avec prudence et de reconnaître que des études ultérieures avec des échantillons plus vastes sont nécessaires afin de permettre de mesurer l'efficacité de l'Intervention Relationnelle dans le contexte du soutien à la parentalité en Fédération Wallonie-Bruxelles.

Concernant la sélection des participants, du côté des dyades, l'étude des motifs de prise en charge aurait nécessité d'explorer plus en profondeur les raisons spécifiques pour lesquelles l'IR a été choisie avec chaque famille. De plus, la sélection des familles par les intervenants peut introduire un biais de sélection qui aurait nécessité qu'on s'attarde davantage dessus afin de garantir la représentativité des participants. Du côté des intervenants, le fait qu'ils utilisent l'IR pour la première fois pourrait contribuer à l'absence de changements significatifs dans la sensibilité parentale, soulignant l'importance de considérer l'effet de la nouveauté de l'outil.

Pour la partie quantitative de cette recherche, outre la taille limitée de l'échantillon d'autres éléments sont à considérer. L'absence d'un groupe témoin et la difficulté à déterminer la signification d'un changement positif ou négatif concernant le niveau de sensibilité parentale (évalué avec le MBQs) peuvent limiter la capacité à évaluer les effets de l'IR. De plus, obtenir des vidéos standardisées pour le niveau de sensibilité parentale s'avère difficile en raison de la complexité liée à la variabilité des contextes et des environnements propres à chaque famille à domicile. Dernièrement, les questionnaires utilisés dans l'étude afin de mesurer les comportements socioémotionnel des enfants peuvent présenter des limites d'adaptation à l'âge des enfants, particulièrement en ce qui concerne les nourrissons. En effet, il existe une lacune dans la disponibilité de questionnaires dédiés à l'évaluation de ces comportements chez les nourrissons de moins de 12 mois. Ceci souligne le besoin de développer des instruments de mesure pour cette population. Outre ce constat et en raison de la diversité d'âge parmi les enfants de l'échantillon (n=5) s'étalant de 6 mois à 5 ans, l'utilisation de deux questionnaires distincts pour évaluer les comportements socioémotionnels a été nécessaire. Cette diversité dans l'utilisation d'outil de mesure sur un échantillon de si petite taille ne permet pas la

généralisation des résultats. Ensuite, la présence d'un traducteur pour la dyade 5 a potentiellement exercé une influence sur les résultats des questionnaires, introduisant ainsi une variable supplémentaire dans l'évaluation. Aussi, certains items du Questionnaire de Sentiment de Compétence Parentale (QECEP) se sont révélés inadaptés à cette population selon les participants. Plus précisément, certains items ont exigé une capacité d'introspection plus importante. Les parents ont dû solliciter des explications auprès de la mémorante et de l'intervenant afin de mieux comprendre, mais cela s'est avéré tout de même complexe à comprendre. Parfois, des sentiments d'inadéquation de la part des intervenants ont également été ressentis concernant les méthodes d'évaluation et d'application de l'IR, mettant de nouveau en lumière des défis contextuels dans le processus. Enfin, les vidéos enregistrées pourraient ne pas être représentatives, car elle capture un moment précis et restreint du quotidien de la dyade. De ce fait, les vidéos pourraient ne pas refléter d'autres aspects de la vie de la dyade, influencée par le moment de la journée, le contexte environnant, les événements en cours ou encore l'état d'esprit de l'enfant et du parent.

Pour la partie qualitative, l'approche séquentielle des entretiens aurait pu être optimisée en utilisant une approche en parallèle afin de permettre des questionnements plus diversifiés au fur et à mesure de l'avancement de la recherche.

Du point de vue de la mémorante, initialement, elle éprouvait des difficultés à établir clairement son cadre lors des prétests. En particulier, en raison de sa posture d'étudiante, ce qui a pu amener un manque de standardisation dans la manière de réaliser les vidéos lors des prétests avec les familles. Aussi, la présence de la chercheuse lors des prétests et posttests pourrait avoir influencé le comportement de la dyade et perturber les résultats, car sa présence au domicile n'était pas habituelle. Des facteurs tels que la timidité du parent ou des variations de comportement de l'enfant face à une nouvelle personne pourraient donc avoir influencé les observations. Pour finir, en ce qui concerne le *Maternal Behaviour Q-sort* (MBQs), il est important de noter que seule la chercheuse a effectué les cotations des vidéos. Cela souligne une préoccupation quant à la fidélité intercotateur, car la consistance entre différents évaluateurs n'a pas été établie. De plus, les cotations du MBQS par la chercheuse peuvent avoir été influencées, étant donné qu'elle a rencontré à plusieurs reprises les parents, ce qui est susceptible d'introduire un biais de confirmation.

Pour finir, d'un point de vue contextuel, la durée limitée des mandats a pu poser des défis, notamment dans le cas de familles avec plusieurs enfants. Ceci soulève des questions sur la faisabilité de l'utilisation de l'IR en huit séances sur trois mois lorsqu'il y a plusieurs enfants.

6. Implications cliniques et perspectives futures

Cette recherche révèle des implications cliniques assez évidentes pour les professionnels qui assurent l'accompagnement des familles à haut risque de maltraitance au sein des services de parentalité en Fédération Wallonie-Bruxelles. L'analyse des résultats montre plusieurs considérations pratiques et ouvre des perspectives pour l'amélioration des interventions.

Tout d'abord, il est impératif d'intégrer les facteurs contextuels, tant dans la prise en charge des familles que dans la manière d'intégrer un outil tel que l'Intervention Relationnelle (IR) au sein des services de parentalité. Cette approche souligne l'importance de personnaliser les interventions en tenant compte des réalités uniques de chaque famille et de chaque service dans lequel il est utilisé. De plus, notre recherche souligne l'importance de continuer à proposer des interventions par le biais de la recherche. Les services semblent être plus motivés et engagés lorsqu'il s'agit d'une initiative de recherche, comme le souligne Chamberlain et al. (2016). Cette approche peut non seulement stimuler la participation des services, mais aussi favoriser une formation en continu au sein des services de soutien à la parentalité.

La partie quantitative de notre recherche a servi de base exploratoire concernant l'efficacité de l'IR chez les familles, tandis que la partie qualitative offre une analyse plus détaillée des expériences des intervenants. Pour approfondir davantage cette recherche, il serait pertinent de répliquer l'étude en reproduisant la partie quantitative sur un échantillon plus vaste.

De plus, il est également important d'approfondir la recherche sur les facteurs qui pourraient entraver l'efficacité d'une intervention telle que l'IR chez les familles, dans ce contexte spécifique. Cette démarche contribuerait à une meilleure compréhension des éléments qui font obstacles ou qui facilitent l'efficacité de l'Intervention Relationnelle.

Une perspective future intéressante serait la création d'un questionnaire destiné aux intervenants qui réalisent l'IR, axé sur l'évaluation de l'efficacité de l'IR sur la dyade. Cette approche permettrait d'explorer en profondeur les changements perçus par les intervenants, complétant ainsi la perspective qualitative de notre étude. De plus, dans l'optique d'une amélioration de la standardisation des vidéos, il serait bénéfique de filmer toutes les familles dans le même environnement, par exemple, au sein du service. Cette approche contribuerait à minimiser les variations contextuelles et à garantir une comparaison plus équitable des interactions parent-enfant à travers différents temps.

Du point de vue qualitatif, cette recherche apporte une contribution à la compréhension de l'implémentation d'un outil tel que l'IR au sein des services de parentalité en Fédération Wallonie-Bruxelles. Les résultats confirment les théories existantes et élargissent les

perspectives en matière d'utilisation d'outils pour améliorer le travail des intervenants. Cette recherche a donc élaboré des pistes intéressantes pour une amélioration des pratiques cliniques et de la formation des intervenants. Spécifiquement, dans le domaine du soutien à la parentalité intensive telle qu'en s'adaptant au contexte par l'octroi de flexibilité chez l'intervenant.

Une démarche pertinente afin d'enrichir notre compréhension serait de répliquer la partie qualitative, se concentrant sur l'implémentation du nouvel outil, cette fois chez les familles. Cela inclurait l'interview des parents ayant participé, afin d'explorer leurs expériences vis-à-vis de cet outil et d'obtenir des perspectives complémentaires sur l'appréciation de l'outil dans le contexte du soutien à la parentalité.

En ce qui concerne les variables mesurées, notamment le sentiment de compétence parentale, la sensibilité parentale et les comportements socioémotionnels de l'enfant, chacune de ces dimensions mériterait une étude individuelle pour investiguer en profondeur leurs relations avec l'Intervention Relationnelle.

Chapitre 6 : Conclusion

En conclusion, dans cette étude nous nous sommes penchés sur l'efficacité de l'Intervention Relationnelle (IR) en tant qu'outil utilisé dans les services de soutien à la parentalité intensive pour les familles à haut risque de maltraitance en Fédération Wallonie-Bruxelles (FWB). L'originalité de cette recherche réside dans le fait qu'aucune évaluation de l'efficacité de l'IR n'avait été entreprise dans ce contexte spécifique en FWB auparavant.

Les résultats de cette étude, basés sur une approche méthodologique combinant des méthodes quantitative et qualitative, ont permis de tirer des conclusions nuancées. Les hypothèses formulées mettent en lumière des résultats variés et des nuances importantes. De plus, la recherche présente plusieurs limites méthodologiques qui nécessitent une approche prudente lors de l'interprétation des résultats. La principale limitation réside dans la taille restreinte de l'échantillon quantitatif ainsi que de l'absence de groupe contrôle pour cet échantillon. La nouveauté de l'utilisation de l'outil IR par les intervenants et les difficultés liées à la standardisation des vidéos ajoutent également des nuances aux conclusions de la partie qualitative.

Concernant l'impact de l'IR sur la sensibilité parentale, les résultats indiquent une variation dans le niveau de sensibilité parentale après l'utilisation de l'IR en fonction des parents. Ceci souligne la nécessité d'une approche individualisée en tenant compte des facteurs contextuels et individuels. Pour l'amélioration du sentiment de compétence parentale, les résultats montrent une augmentation du sentiment de compétence chez les parents. Enfin, concernant les comportements socioémotionnels des enfants, l'analyse des résultats a révélé des changements positifs, bien que la conclusion demeure nuancée en raison de divers facteurs tels que l'âge des enfants, les instruments de mesure utilisés, et la taille limitée de l'échantillon.

Pour l'implémentation de l'outil IR, les résultats ont mis en évidence des défis tels que l'adaptation nécessaire de la part des intervenants, la contrainte temporelle, et la nécessité d'ajuster l'outil en fonction des contextes spécifiques des familles.

En résumé, cette étude apporte des contributions significatives à la compréhension de l'implémentation de l'IR dans le contexte spécifique du soutien de la parentalité intensive en FWB mais devrait être davantage approfondie concernant les effets de l'IR chez les familles. Les résultats soulignent l'importance de considérer les particularités de chaque famille, d'adapter l'outil en fonction des besoins, et de reconnaître les défis rencontrés par les intervenants.

Annexes

1. Annexe 1 - DSM-V – Stress post-traumatique de l'enfant de 6 ans ou moins²

- A. Chez l'enfant de 6 ans ou moins, exposition à la mort effective ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles d'une (ou de plusieurs) des façons suivantes :
1. En étant directement exposé à un ou à plusieurs événements traumatiques.
 2. En étant témoin direct d'un ou de plusieurs événements traumatiques survenus à d'autres personnes, en particulier des adultes proches qui prennent soin de l'enfant. **N.B.** : Être le témoin direct n'inclut pas les événements dont l'enfant a été témoin seulement par des médias électroniques, la télévision, des films ou des images.
 3. En apprenant qu'un ou plusieurs événements traumatiques sont arrivés à un parent ou à une personne prenant soin de l'enfant.
- B. Présence d'un (ou de plusieurs) des symptômes envahissants suivants associés à un ou à plusieurs événements traumatiques ayant débuté après la survenue du ou des événements traumatiques en cause :
1. Souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants du ou des événements traumatiques provoquant un sentiment de détresse. **N.B.** : Les souvenirs spontanés et envahissants ne laissent pas nécessairement apparaître la détresse et peuvent s'exprimer par le biais de reconstitutions dans le jeu.
 2. Rêves répétitifs provoquant un sentiment de détresse, dans lesquels le contenu et/ ou l'affect du rêve sont liés à l'événement/aux événements traumatiques. **N.B.** : Il peut être impossible de vérifier que le contenu effrayant est lié à l'événement/ aux événements traumatiques.
 3. Réactions dissociatives (p. ex. *lashbacks* [scènes rétrospectives]) au cours desquelles l'enfant se sent ou agit comme si le ou les événements traumatiques allaient se reproduire. (De telles réactions peuvent survenir sur un continuum, l'expression la plus extrême étant une abolition complète de la conscience de l'environnement.) Des reconstitutions spécifiques du traumatisme peuvent survenir au cours du jeu.
 4. Sentiment intense ou prolongé de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect du ou des événements traumatiques en cause.
 5. Réactions physiologiques marquées lors de l'exposition à des indices rappelant le ou les événements traumatiques.
- C. Un (ou plusieurs) des symptômes suivants, représentant soit un évitement persistant de stimuli associés à l'événement/aux événements traumatiques, soit des altérations des cognitions et de l'humeur associées à l'événement/aux événements traumatiques, doivent être présents et débiter après le ou les événements ou s'aggraver après le ou les événements traumatiques :

² Crocq, M.-A., & Guelfi, J.-D. (2015). DSM-5 : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (5e éd). Elsevier Masson.

Évitement persistant de stimuli

1. Évitement ou efforts pour éviter des activités, des endroits ou des indices physiques qui réveillent les souvenirs du ou des événements traumatiques.
2. Évitement ou efforts pour éviter les personnes, les conversations ou les situations interpersonnelles qui réveillent les souvenirs du ou des événements traumatiques.

Altérations négatives des cognitions

3. Augmentation nette de la fréquence des états émotionnels négatifs (p. ex. crainte, culpabilité, tristesse, honte, confusion).
4. Réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces activités, y compris le jeu.
5. Comportement traduisant un retrait social.
6. Réduction persistante de l'expression des émotions positives.

D. Changements marqués de l'éveil et de la réactivité associés à l'événement/aux événements traumatiques, débutant ou s'aggravant après la survenue du ou des événements traumatiques, comme en témoignent deux (ou plus) des manifestations suivantes :

1. Comportement irritable ou accès de colère (avec peu ou pas de provocation) qui s'exprime typiquement par une agressivité verbale ou physique envers des personnes ou des objets (y compris par des crises extrêmes de colère).
2. Hypervigilance.
3. Réaction de sursaut exagérée.
4. Difficultés de concentration.
5. Perturbation du sommeil (p. ex. difficulté d'endormissement ou sommeil interrompu ou agité).

E. La perturbation dure plus d'un mois.

F. La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération des relations avec les parents, la fratrie, les pairs, d'autres aidants ou une altération du comportement scolaire.

G. La perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (p. ex. médicament, alcool) ou une autre affection médicale.

Spécifier le type :

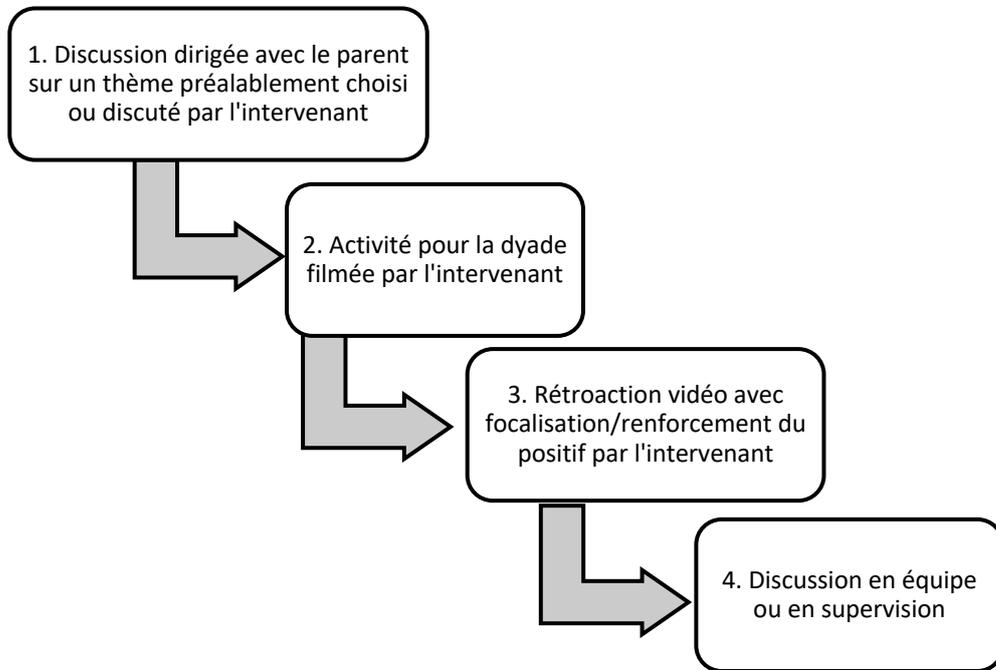
Avec symptômes dissociatifs : Les symptômes présentés par le sujet répondent aux critères d'un trouble stress post-traumatique ; de plus, et en réponse au facteur de stress, le sujet éprouve l'un ou l'autre des symptômes persistants ou récurrents suivants :

1. **Dépersonnalisation :** Expériences persistantes ou récurrentes de se sentir détaché de soi, comme si l'on était un observateur extérieur de ses processus mentaux ou de son corps (p. ex., sentiment d'être dans un rêve, sentiment de déréalisation de soi ou de son corps ou sentiment d'un ralentissement temporel).
2. **Déréalisation :** Expériences persistantes ou récurrentes d'un sentiment d'irréalité de l'environnement (p. ex. le monde autour du sujet est vécu comme irréel, onirique, éloigné ou déformé).

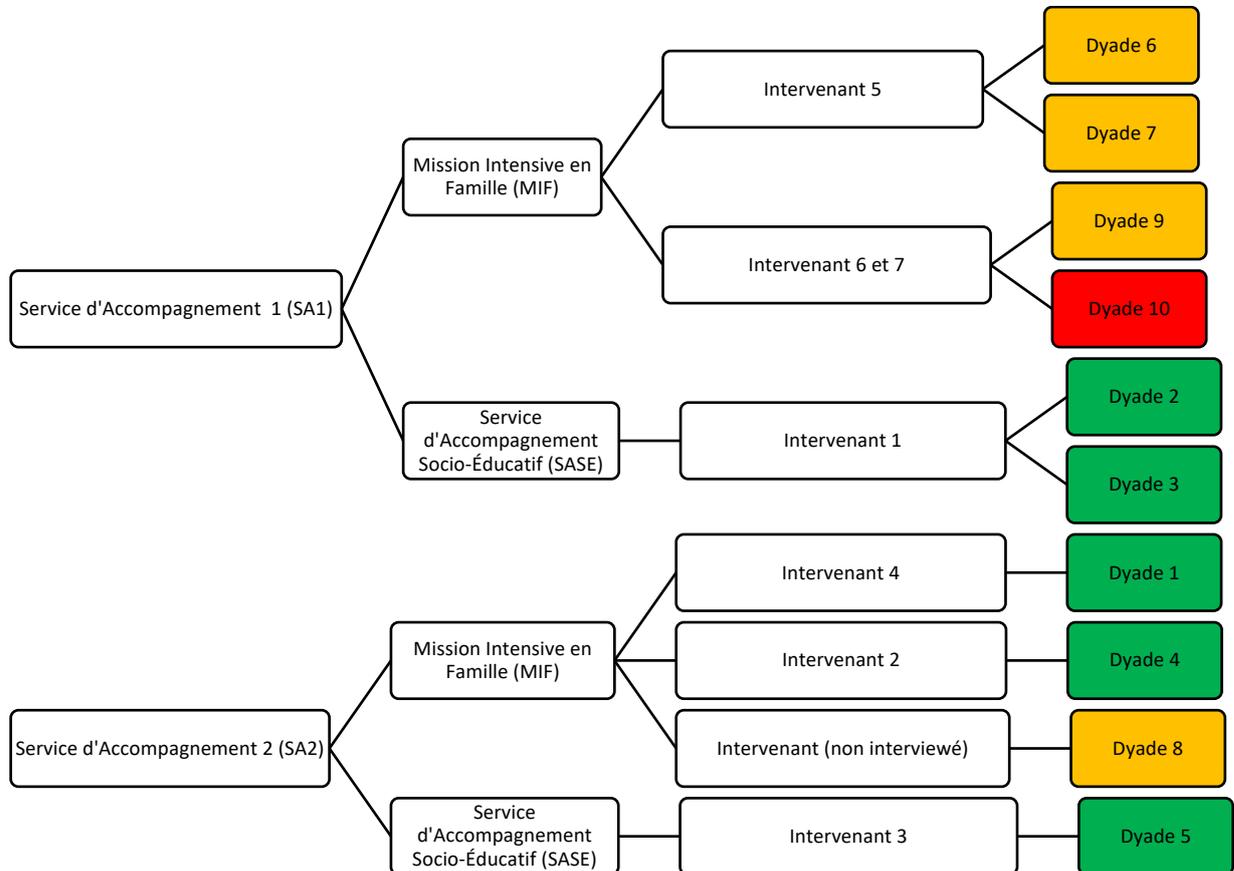
N.B. : Pour retenir ce sous-type, les symptômes dissociatifs ne doivent pas être imputables aux effets physiologiques d'une substance (p. ex. période d'amnésie [blackouts]) ou à une autre affection médicale (p. ex. épilepsie partielle complexe).

Spécifier si : À expression retardée : Si l'ensemble de critères diagnostiques n'est présent que 6 mois après l'événement (alors que le début et l'expression de quelques symptômes peuvent être immédiats).

2. Annexe 2 – Étapes de l'utilisation de l'Intervention Relationnelle



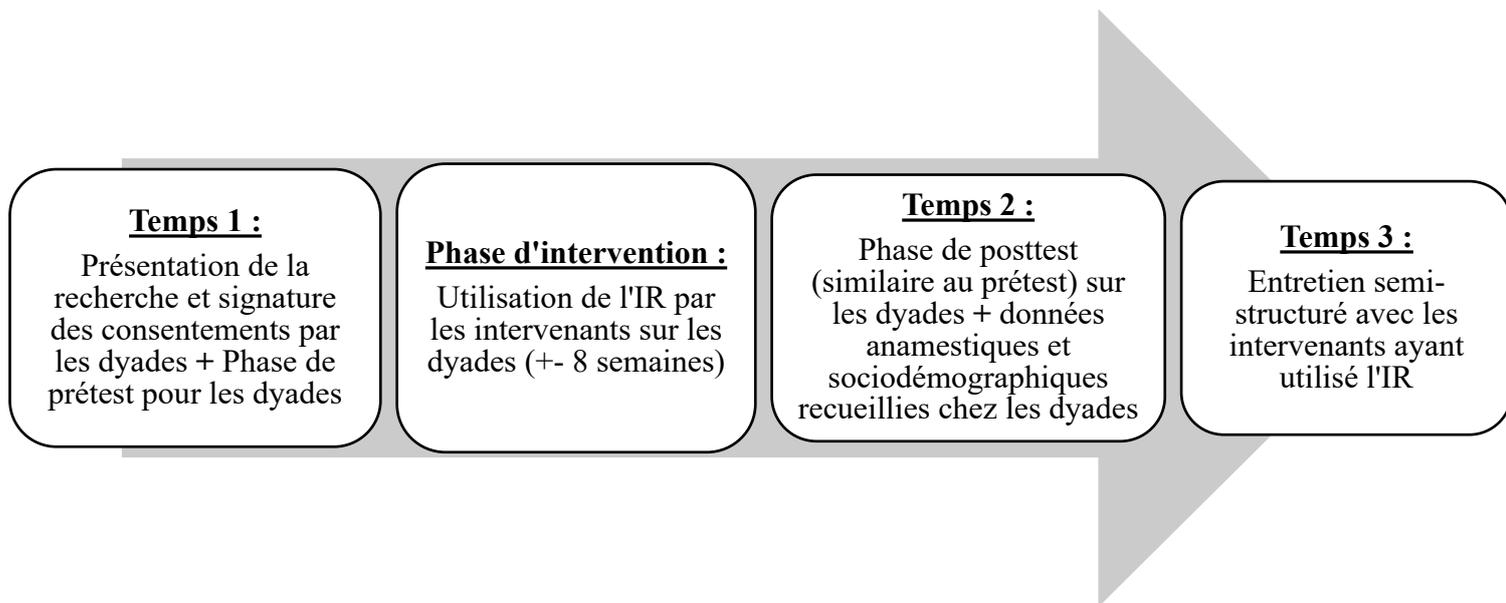
3. Annexe 3 - Répartitions des dyades par intervenants



Le numéro des intervenants est présenté de cette manière afin de permettre au lecteur d'établir, s'il le souhaite, des liens entre les verbatims des intervenants présentés dans les résultats qualitatifs et les données des dyades présentées dans les résultats quantitatifs.

Les **dyades en vert** se réfèrent aux cinq dyades qui ont suivi l'intégralité de l'IR et pour lesquelles nous disposons des prétests et post-tests. Les **dyades en orange** font référence à celles qui n'ont pas poursuivi l'intégralité de l'IR et pour lesquelles nous ne possédons que les prétests. Enfin, la **dyade en rouge** n'a finalement pas débuté l'IR, nous ne disposons pas de prétest pour celle-ci.

4. Annexe 4 – Déroulement de la recherche



Le temps 1 et 2 est consacré à la partie quantitative tandis que le temps 3 est consacré à la partie qualitative de la recherche.

5. Annexe 5 : Tableaux descriptif de l'échantillon quantitatif

Tableau 1 : Tableau descriptif de l'échantillon quantitatif

	Type d'Accompagnement	Premier ou second mandat	Suivi volontaire/ involontaire	Niveau d'étude	Source de revenu	Situation relationnelle	Nombre d'enfants dans le ménage	Situation de logement	Situation financière
Dyade 1	MIF	Second	Involontaire	Secondaire inférieur	Mutuelle	En couple	4	Stable	Difficile
Dyade 2	SASE	Second	Volontaire	Secondaire supérieur	Chômage	Célibataire	2	Stable	Ok
Dyade 3	SASE	Second	Involontaire	Secondaire supérieur	CPAS	Célibataire	4	Stable	Ok
Dyade 4	MIF	Premier	Involontaire	Secondaire supérieur	CPAS	En couple	1	Instable	Difficile
Dyade 5	SASE	Deuxième	Involontaire	Aucun	CPAS	Marié	3	Instable	Ok
Dyade 6	MIF	Deuxième	Volontaire	Spécialisé	CPAS	Célibataire	3	Instable	Moyen
Dyade 7	MIF	Deuxième	Volontaire	Spécialisé	CPAS	Célibataire	3	Instable	Moyen
Dyade 8	MIF	Premier	Volontaire	CEFA	CPAS	En couple	1	Stable	Moyen
Dyade 9	MIF	Premier	Volontaire	CEFA	CPAS	En couple	1	Stable	Ok

Tableau 2 : Tableau descriptif de l'échantillon quantitatif

		Âge	Sexe	Nationalité	Prématurité chez l'enfant	Diagnostic existant	Prise en charge externe	Présence Maltraitance	Type de maltraitance et/ou difficultés rencontrées
Dyade 1	Parent	27 ans	F	Belge	/	Limite intellectuelle, problèmes psychologiques non spécifié	Aucune	Oui	Négligence émotionnelle, Attitudes éducatives inadéquates
	Enfant	9 mois	H	Belge	Oui	Maladie métabolique	Kinésithérapie		
Dyade 2	Parent	31 ans	H	Belge	/	Limite intellectuelle, problèmes psychologiques non spécifié	Aucune	Non	Parents dépassés, difficultés administratives
	Enfant	32 mois	H	Belge	Non	Non	Aucune		
Dyade 3	Parent	41 ans	F	Belge	/	Non	Psychothérapie	Oui	Négligence émotionnelle, Attitudes éducatives inadéquates, Parents dépassés
	Enfant	58 mois	H	Belge	Non	Non	Psychomotricité		
Dyade 4	Parent	26 ans	H	Belge	/	Non	Aucune	Non	Attitudes éducatives inadéquates
	Enfant	12 mois	F	Belge	Non	Non	Kinésithérapie		
Dyade 5	Parent	26 ans	F	Syrienne	/	Limite intellectuelle, problèmes psychologiques non spécifié	Aucune	Suspicion	Négligence physique, négligence émotionnelle, Attitudes éducatives inadéquates, Parents dépassés
	Enfant	49 mois	F	Syrienne	Non	Non	Psychothérapie, psychomotricité,		
Dyade 6	Parent	23 ans	F	Belge	/	Non	Aide au logement, psychothérapie, aide familiale	Non	Parents dépassés
	Enfant	34 mois	H	Belge	Oui	Non	Aucune		

		Âge	Sexe	Nationalité	Prématurité chez l'enfant	Diagnostic existant	Prise en charge externe	Présence Maltraitance	Type de maltraitance et/ou difficultés rencontrées
Dyade 7	Parent	23 ans	F	Belge	/	Non	Aide au logement, psychothérapie, aide familiale	Non	Parents dépassés
	Enfant	10 mois	H	Belge	Oui	Non	Aucune		
Dyade 8	Parent	27 ans	H	Belge	/	Limite intellectuelle, problèmes psychologiques non spécifié	Aucune	Non	Parents dépassés, difficultés administratives
	Enfant	10 mois	H	Belgo-marocain	Non	Non	Aucune		
Dyade 9	Parent	20 ans	F	Belge	/	Non	Aucune	Non	Parents dépassés, difficultés administratives
	Enfant	24 mois	F	Belge	Non	Non	Aucune		

6. Annexe 6 : Motifs de prise en charge des SA pour les familles participants à la recherche

Dyade 1 : SASE qui intervenait pour les deux ainés. Les deux autres enfants, dont celui qui participe à la recherche, sont nés durant le SASE des deux ainés. Le service était inquiet concernant la prise en charge des ainés et donc préférait un service intensif pour les deux autres enfants, dont l'enfant participant à la recherche. L'objectif principal était de travailler la stimulation et la relation entre l'enfant et les parents.

Dyade 2 : Couple en situation précaire. Un retour de la fille ainée après un placement en famille d'accueil et la séparation du couple a alarmé les services. Le père restait seul avec son fils et donc une mise en place du SASE qui était déjà intervenu pour la fille ainée a été mis en place.

Dyade 3 : Une intervention sous mandat était déjà existante pour l'ainé. Il n'y avait pas de dossier pour l'enfant de la recherche, mais des inquiétudes. La famille vivait dans des conditions de vie précaire (camping-car) avec présences de violences intrafamiliales, mise en danger et négligence des enfants. Le père n'est plus présent, la situation de logement s'est améliorée, mais un suivi est d'actualité pour les deux enfants afin d'accompagner la mère dans la relation avec ses enfants et les tâches quotidiennes.

Dyade 4 : Le SAJ a été interpellé par l'hôpital pour une cassure de la courbe de poids sans explication. L'objectif du mandat était de travailler sur l'organisation quotidienne, la réponse aux besoins de l'enfant et la relation.

Dyade 5 : Famille avec deux garçons ainés déjà suivis par le service. Le suivi a débuté pour l'enfant concerné par la recherche dès la naissance via l'hôpital, car le suivi de grossesse était considéré comme inquiétant.

Dyade 6 & 7 : Instabilité entre le père et la mère (suivi de la séparation). La mère était stressée en présence du père, la gestion inadaptée des enfants, l'instabilité au niveau du logement ont été les motifs d'intervention du service.

Dyade 8 : L'unité mère bébé de l'hôpital a interpellé le SAJ, car le parent avait signé une décharge pour sortir. L'objectif du mandat était de travailler les réponses aux besoins de l'enfant, le réseau et la relation.

Dyade 9 : Nous ne disposons pas d'informations

7. Annexe 7 - Données psychométriques relatives aux questionnaires

Tableau 2 : données psychométriques relatives à la version longue du QAECEP (Gibaud-Wallson et Wanderson, 1977)

	Nombre d'items	Alpha	Test-retest mère	Test-retest père	Numéro d'items
Sentiment de satisfaction	10	0,80	0,73	0,74	2, 3, 4, 5, 8, 9, 12, 14, 16
Sentiment d'efficacité	7	0,69	0,69	0,82	1, 6, 7, 10, 11, 13, 15
Sentiment de compétence parentale	17	0,80	0,78	0,80	1 à 17

Tableau 3 : données psychométriques relatives à la version française de la BITSEA (Wendland et al., 2014)

	Nombre d'items	Alpha	Test-retest (version anglaise)	Score seuils
Problèmes	31	0,79	0,87	≥ 75e
Compétences	11	0,65	0,85	Entre 10e et 15e

Tableau 4 : scores seuils relatives au SDQ (ref doc trouvé sur le site sdq)

	Proche de la moyenne	Légèrement surélevé (/légèrement faible)	Haut (/faible)	Très élevé (très faible)
Problèmes émotionnels	0-3	4	5-6	7-10
Problèmes de conduite	0-2	3	4-5	6-10
Hyperactivité/ inattention	0-5	6-7	8	9-10
Problèmes avec les pairs	0-2	3	4	5-10
Problèmes prosociaux	8-10	7	6	0-5
Score total de difficultés	0-13	14-16	17-19	20-40

Tableau 5 : données psychométriques relatives au SDQ (Goodman et al., 2001)

	Nombre d'items	Alpha	Test-retest	Numéro d'items
Problèmes émotionnels	5	0,67	0,57	3, 8, 13, 16, 24
Problèmes de conduite	5	0,63	0,64	5, 7, 12, 18, 22
Hyperactivité/ inattention	5	0,77	0,72	2, 10, 15, 21, 25
Problèmes avec les pairs	5	0,57	0,61	6, 11, 14, 19, 23

Comportements prosociaux	5	0,65	0,61	1, 4, 9, 17, 20
Score total de difficultés	20	0,82	0,72	Tous à l'exception du 1, 4, 9, 17, 20
Score d'extériorisation	10			5, 7, 12, 18, 22, 2, 10, 15, 21, 25
Score d'intériorisation	10			3, 8, 13, 16, 24, 6, 11, 14, 19, 23

8. Annexe 8 – Guide d’entretien semi-structuré

1) Pourriez-vous me raconter comment vous avez vécu l'utilisation de l'IR lors des visites à domicile ?

Question générale pour avoir une « photo » générale

2) Qu'est-ce qu'il y a de particulier dans l'utilisation de cet outil ? Est-ce que vous pouvez me citer quatre caractéristiques de cet outil ?

Ensuite, partir sur les caractéristiques qu'ils abordent. Si sujet pas abordé alors revenir sur ce que nous aimerions aborder

A. Filmer

- **Concernant le fait que l'outil utilise la vidéo, qu'en pensez-vous ?**
- **Quel effet cela fait de filmer ?**
 - ⇒ Phrase de relance : **Quelle est votre position en tant qu'intervenant qui filme ?**
- **Préférence entre le début de l'utilisation vs maintenant ?**

B. Focus sur positif

- **Qu'avez-vous pensé du fait de vous concentrer sur les compétences positives du parent ?**
- **Qu'avez-vous pensé du moment de rétroaction vidéo avec le parent ?**

C. Durée de l'utilisation de l'outil

- **Que pensez-vous du fait que l'outil s'utilise sur une période d'approximativement 8 semaines ?**
- **Est-ce assez ?**
- **Est-ce que cette approche vous semble adaptée pour un SA/ MIF/ SASE ?**

D. Position égalitaire entre parent et intervenant

- **En général, dans votre pratique, dans quelle position vous sentez-vous vis-à-vis du parent ?**
 - ⇒ **Percevez-vous une différence de positionnement avec l'outil IR ?**
 - ⇒ **Est-ce que le fait de regarder la vidéo ensemble vous donne une place, un rôle ou une position différente ?**

(Cet outil permet d'être sur le même pied d'égalité que le parent, à savoir, se questionner ensemble et ne pas forcément être dans une position de juge/ d'expert en tant qu'intervenant. Qu'en pensez-vous ?)

E. EBP :

- **L'outil a été scientifiquement prouvé dans d'autres pays, que pensez-vous de cela ?**

3) Est-ce que vous avez perçu des effets au travers de l'utilisation de l'outil ? Lesquels avez-vous perçus ?

Sujets de relance :

Est-ce que vous avez perçu des changements chez le parent et l'enfant ? Rebondir directement sur le oui ou le non pour préciser.

- Les parents (leurs compétences, estime d'eux- même, capacité de réflexion, effet de se voir en vidéo, etc.)
- La relation entre l'enfant et le parent
- L'enfant
- Vous ?

4) Comment est-ce que l'utilisation de l'outil diffère de votre approche habituelle ?

- **Est-ce qu'il y a des éléments que vous souhaitez conserver dans votre accompagnement ? Comment ?**
- **Est-ce que vous pensez utiliser l'IR dorénavant dans vos visites ?**
- **Si oui : Comment vous voyez-vous appliquer l'IR ?**
- **Est-ce que cette approche vous semble adapter pour un SA/MIF/SASE ?**

5) Comment avez-vous utilisé le dispositif :

- **Est-ce que vous l'avez utilisé de manière rigoureuse ou vous l'avez utilisé avec un certain degré de liberté ?**
- **Est-ce que c'était la personne habituelle qui se charge de la famille qui faisait l'IR ou c'était une personne hors du binôme ?**
- **Que pensez-vous du fait que ce soit une personne extérieure ou intérieure au binôme qui fasse l'IR ?**

6) Est-ce que l'IR semble applicable dans les services comme le vôtre ?

- **Quid autres outils qu'ils envisagent d'utiliser/ de se former prochainement ?**

7) Y a-t-il des choses que vous aimez moins ou des recommandations, des réflexions que vous aviez quant à l'utilisation de l'IR ?

8) Est-ce que vous avez des choses à rajouter ou des questions à me poser ?

9. Annexe 9 - Résultats aux questionnaires des dyades

Tableau 1 : Résultats aux questionnaires l'ensemble de l'échantillon quantitatif

Dyades		MBQS	QAECEP	SDQ-Fra	BITSEA	
					(1)	(2)
Dyade 1	Prétest	0,43	61	NA	NA	NA
	Postest	0,70	68	NA	NA	NA
Dyade 2	Prétest	-0,61	75	NA	27	13
	Postest	-0,64	91	NA	28	13
Dyade 3	Prétest	-0,55	71	29	NA	NA
	Postest	0,06	71	16	NA	NA
Dyade 4	Prétest	-0,54	68	NA	19	12
	Postest	0,21	77	NA	13	10
Dyade 5	Prétest	-0,11	55	25	NA	NA
	Postest	-0,31	81	15	NA	NA
Dyade 6	Prétest	0,61	51	13	NA	NA
	Postest	/	/	/	/	/
Dyade 7	Prétest	0,31	49	NA	NA	NA
	Postest	/	/	/	/	/
Dyade 8	Prétest	-0,20	67	NA	NA	NA
	Postest	/	/	/	/	/
Dyade 9	Prétest	-0,48	79	22	NA	NA
	Postest	/	/	/	/	/

NA = Non applicable en raison de l'âge de l'enfant

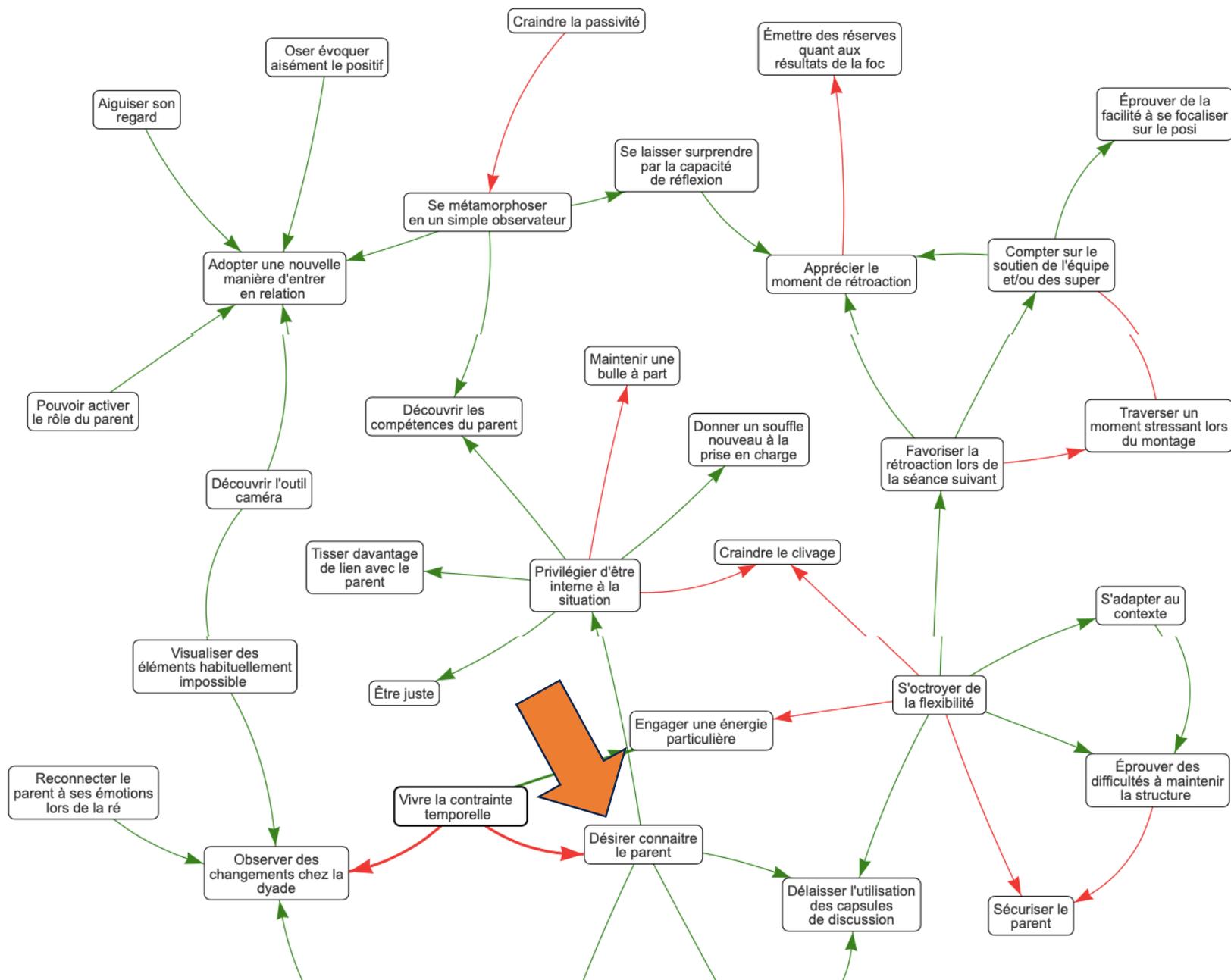
/ = Non administré en raison de l'arrêt de l'IR

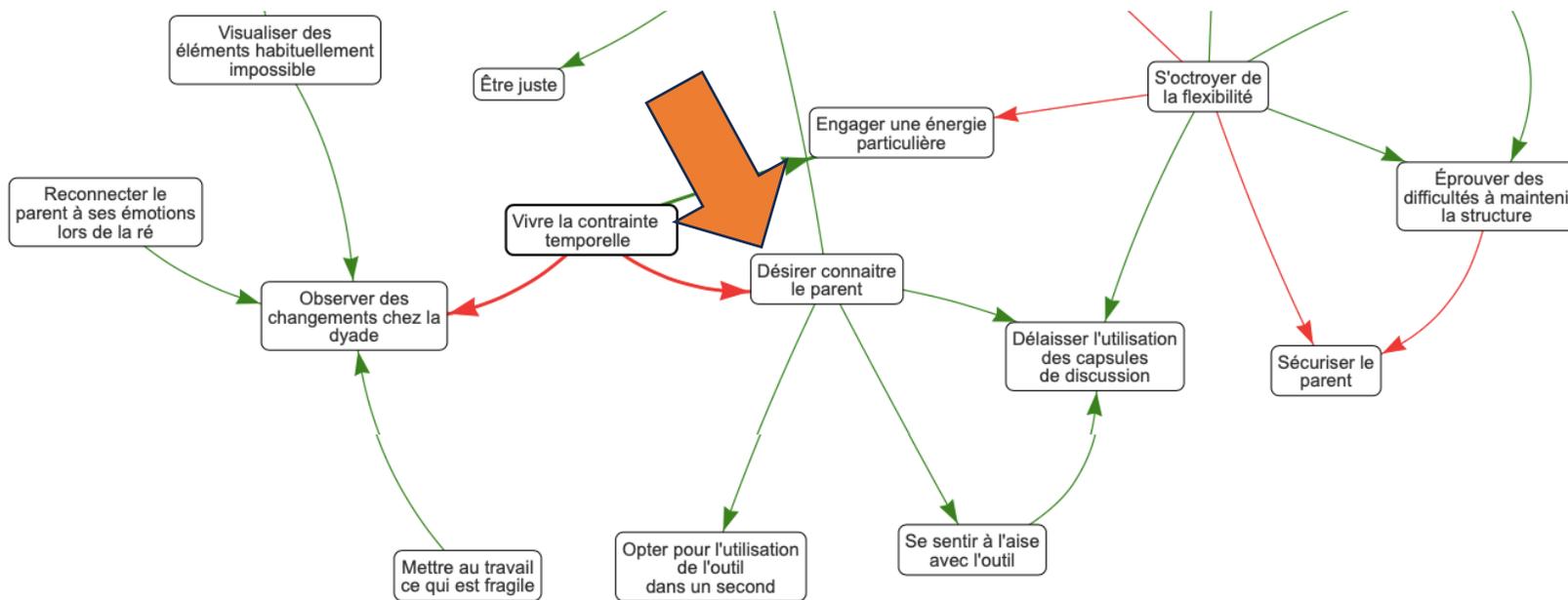
(1) = Échelle de problèmes socioémotionnels

(2) = Échelle de compétences socioémotionnels

Le jeune âge des dyades 1, 7 et 8 ne permet pas d'évaluer les comportements socioémotionnels de l'enfant.

10. Annexe 10 – Schématisation





Les flèches vertes font référence aux liens favorables entre deux articulations qui ont été avérés dans les entretiens. Par exemple, désirer connaître le parent implique d'opter pour l'utilisation de l'outil dans un second mandat.

Les flèches rouges font référence aux liens défavorables entre deux articulations qui ont été avérés dans les entretiens. Par exemple, vivre la contrainte temporelle empêche d'observer des changements chez la dyade.

Bibliographie

- Aarons, G., & Palinkas, L. (2007). Implementation of evidence-based practice in child welfare: Service provider perspectives. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 34(4), 411–419. doi:10.1007/s10488-0070121-3.
- Aarons, G. A., Sommerfeld, D. H., & Walrath-Greene, C. (2009). Evidence-based practice implementation: The impact of public versus private sector organization type on organizational support, provider attitudes, and adoption of evidence-based practice. *Implementation Science*, 4(1), 83. doi:10.1186/1748-59084-83.
- Amos, J., Furber, G., & Segal, L. (2011). Understanding Maltreating Mothers : A Synthesis of Relational Trauma, Attachment Disorganization, Structural Dissociation of the Personality, and Experiential Avoidance. *Journal of Trauma & Dissociation*, 12(5), 495-509. <https://doi.org/10.1080/15299732.2011.593259>
- Anaut, M. (2002). Trauma, vulnérabilité et résilience en protection de l'enfance. *Connexions*, 77(1), 101-118. <https://doi.org/10.3917/cnx.077.0101>
- Aouattah, A. (2010). Les pratiques éducatives des failles migrantes maghrébines : Éducation ou maltraitance ? *Enfances Psy*, 48(3), 107-118. <https://doi.org/10.3917/ep.048.0107>
- Armfield, J. M., Gnanamanickam, E. S., Johnston, D. W., Preen, D. B., Brown, D. S., Nguyen, H., & Segal, L. (2021). Intergenerational transmission of child maltreatment in South Australia, 1986–2017 : A retrospective cohort study. *The Lancet Public Health*, 6(7), 450-461. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(21\)00024-4](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(21)00024-4)
- Assink, M., Spruit, A., Schuts, M., Lindauer, R., van der Put, C. E., & Stams, G.-J. J. M. (2018). The intergenerational transmission of child maltreatment : A three-level meta-analysis. *Child Abuse & Neglect*, 84, 131-145. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.07.037>

- Badoud, D., Speranza, M., & Debbané, M. (2016). Vers un modèle du développement des dimensions de la mentalisation à l'adolescence. *Revue québécoise de psychologie*, 37(3), 49-68. <https://doi.org/10.7202/1040160ar>
- Bakermans-Kranenburg, M. J., van IJzendoorn, M. H., & Juffer, F. (2003). Less is more : Meta-analyses of sensitivity and attachment interventions in early childhood. *Psychological Bulletin*, 129(2), 195-215. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.2.195>
- Bakermans-Kranenburg, M., & Van IJzendoorn, M. (2015). The hidden efficacy of interventions : Gene×environment experiments from a differential susceptibility perspective. *Annual Review of Clinical Psychology*, 66, 381-409. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-010814-015407>.
- Bates, J. E. (1980). The concept of difficult temperament. *Merrill-Palmer Quarterly of Behavior and Development*, 26(4), 299-319. [https://doi.org/10.1016/0193-3973\(87\)90011-6](https://doi.org/10.1016/0193-3973(87)90011-6).
- Baudart, L., De Vos, B., & Parmentier, B. (2012). *Pour un accompagnement réfléchi des familles : Référentiel de soutien à la parentalité*. Office de la Naissance et de l'Enfance.
- Becker, E. de. (2016). Discussion des notions de victime et de traumatisme en lien aux situations de maltraitance d'enfants. *Psychotherapies*, 36(2), 111-122. <https://doi.org/10.3917/psys.162.0111>
- Beeghly, M., & Cicchetti, D. (1994). Child maltreatment, attachment, and the self system : Emergence of an internal state lexicon in toddlers at high social risk. *Development and Psychopathology*, 6(1), 5-30. <https://doi.org/10.1017/S095457940000585X>
- Bellamy, J. L., Bledsoe, S. E., & Traube, D. E. (2006). The current state of evidence-based practice in social work. *Journal of Evidence-Based Social Work*, 3(1), 23-48. https://doi.org/10.1300/J394v03n01_02.

- Bellamy, J. L., Bledsoe, S. E., Mullen, E. J., Fang, L., & Manuel, J. (2008). Agency-university partnerships for evidence-based practice in social work. *Journal of Social Work Education, 44*, 55–75. <https://www.jstor.org/stable/42659861>.
- Belsky, J. (1980). Child maltreatment : An ecological integration. *American Psychologist, 35*(4), 320-335. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.35.4.320>
- Belsky, J. (1984). The Determinants of Parenting : A Process Model. *Child Development, 55*(1), 83-96. <https://doi.org/10.2307/1129836>
- Belsky, J., Jaffee, S. R., Sligo, J., Woodward, L., & Silva, P. A. (2005). Intergenerational transmission of warm-sensitive-stimulating parenting : A prospective study of mothers and fathers of 3-year-olds. *Child Development, 76*(2), 384-396. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2005.00852.x>
- Benarous, X., Consoli, A., Raffin, M., & Cohen, D. (2014). Abus, maltraitance et négligence : (2) prévention et principes de prise en charge. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence, 62*(5), 313-325. <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2014.04.010>
- Berger, L. M. (2004). Income, family structure, and child maltreatment risk. *Children and Youth Services Review, 26*(8), 725-748. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2004.02.017>
- Berthelot, N., Ensink, K., & Normandin, L. (2013). Échecs de mentalisation du trauma. *Carnet de notes sur les maltraitances infantiles, 2*(1), 9-15. <https://doi.org/10.3917/cnmi.131.0009>.
- Berthelot, N., Lemieux, R., Garon-Bissonnette, J., Lacharité, C., & Muzik, M. (2019). The protective role of mentalizing : Reflective functioning as a mediator between child maltreatment, psychopathology and parental attitude in expecting parents. *Child Abuse & Neglect, 95*, 104065. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104065>
- Bouchard, C. (2008). *Le développement global de l'enfant de 0 à 5 ans en contextes éducatifs*. Presse de l'Université du Québec.

- Bride, B. E., Kintzle, S., Abraham, A. J., & Roman, P. M. (2012). Counselor attitudes toward and use of evidence-based practices in private substance use disorder treatment centers: A comparison of social workers and non-social workers. *Health and Social Work, 37*(3), 135–145. doi:10.1093/hsw/hls022.
- Briggs-gowan, M. J., Carter, A. S., Irwin, J. R., Wachtel, K., & Cicchetti, D. V. (2002). The Brief Infant-Toddler Social and Emotional Assessment: screening for social-emotional problems and delays in competence. *Journal of pediatric psychology, 29*(2), 143-155. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsh017>.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development : Experiments by nature and design*. Harvard University Press.
- Campbell, S. B. G. (1979). Mother-infant interaction as a function of maternal ratings of temperament. *Child Psychiatry and Human Development, 10*(2), 67-76. <https://doi.org/10.1007/BF01433498>
- Carter, A. S., & Briggs-Gowan, M. J. (2006). *Infant-Toddler Social and Emotional Assessment*. San Antonio, TX: Harcourt. DOI : 10.1177/0734282908317153.
- Casanueva, C., Goldman-Fraser, J., Ringeisen, H., Lederman, C., Katz, L., & Osofsky, J. D. (2010). Maternal Perceptions of Temperament Among Infants and Toddlers Investigated for Maltreatment : Implications for Services Need and Referral. *Journal of Family Violence, 25*(6), 557-574. <https://doi.org/10.1007/s10896-010-9316-6>
- Cassandra—Journal pour l'analyse qualitative*. (s. d.). Consulté 6 octobre 2023, à l'adresse <https://www.cassandra.uliege.be/>
- Chaiyachati, B. H., Gaither, J. R., Hughes, M., Foley-Schain, K., & Leventhal, J. M. (2018). Preventing child maltreatment : Examination of an established statewide home-visiting program. *Child Abuse & Neglect, 79*, 476-484. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.02.019>

- Chamberlain, P., Feldman, S. W., Wulczyn, F., Saldana, L., & Forgatch, M. (2016). Implementation and evaluation of linked parenting models in a large urban child welfare system. *Child Abuse & Neglect*, *53*, 27-39. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.09.013>
- Cicchetti, D., & Lynch, M. (1993). Toward an Ecological/Transactional Model of Community Violence and Child Maltreatment: Consequences for Children's Development. *Psychiatry*, *56*, 96-118. <https://doi.org/10.1521/00332747.1993.11024624>
- Cicchetti, D., & Rizley, R. (1981). Developmental perspectives on the etiology, intergenerational transmission, and sequelae of child maltreatment. *New Directions for Child and Adolescent Development*, *1981*(11), 31-55. <https://doi.org/10.1002/cd.23219811104>
- Cicchetti, D., Rogosch, F. A., & Toth, S. L. (2006). Fostering secure attachment in infants in maltreating families through preventive interventions. *Development and Psychopathology*, *18*(3), 623-649. <https://doi.org/10.1017/S0954579406060329>
- Cicchetti, D., & Toth, S. L. (1995a). A Developmental Psychopathology Perspective on Child Abuse and Neglect. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *34*(5), 541-565. <https://doi.org/10.1097/00004583-199505000-00008>
- Cicchetti, D., & Toth, S. L. (1995b). A Developmental Psychopathology Perspective on Child Abuse and Neglect. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *34*(5), 541-565. <https://doi.org/10.1097/00004583-199505000-00008>
- Coleman, P. K., & Karraker, K. H. (1998). Self-Efficacy and Parenting Quality : Findings and Future Applications. *Developmental Review*, *18*(1), 47. <https://doi.org/10.1006/drev.1997.0448>
- Colletta, N. D. (1979). Support Systems after Divorce : Incidence and Impact. *Journal of Marriage and Family*, *41*(4), 837-846. <https://doi.org/10.2307/351483>

- Conger, R. D., Conger, K. J., & Martin, M. J. (2010). Socioeconomic Status, Family Processes, and Individual Development. *Journal of marriage and the family*, 72(3), 685-704. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2010.00725.x>
- Copeland, D. (2003). *Transition of Maternal Competency in Married and Single Mothers, Families at Risk*, Paper presented at the 37th Biennial Convention-Scientific Session, Sigma Theta Tau International, Toronto.
- Crocq, M.-A., & Guelfi, J.-D. (2015). *DSM-5 : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5e éd). Elsevier Masson.
- Cyr, C., Euser, E. M., Bakermans-Kranenburg, M. J., & Van Ijzendoorn, M. H. (2010). Attachment security and disorganization in maltreating and high-risk families : A series of meta-analyses. *Development and Psychopathology*, 22(1), 87-108. <https://doi.org/10.1017/S0954579409990289>
- De Becker, E. (2021). *La maltraitance sur le jeune enfant*. 26(3), 25-31. <http://hdl.handle.net/2078.1/246178>
- De Bellis, M. D., Woolley, D. P., & Hooper, S. R. (2013). Neuropsychological Findings in Pediatric Maltreatment: Relationship of PTSD, Dissociative Symptoms, and Abuse/Neglect Indices to Neurocognitive Outcomes. *Child maltreatment*, 18(3), 171-183. <https://doi.org/10.1177/1077559513497420>
- De Coster, L., Garau, E., & Caby, J.-M. (2012). *Parents malgré tout : Étude de l'impact de la rétro-action vidéo sur les interactions parents-enfant*. Université Libre de Bruxelles. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.28930.38085>
- DeOliveira, C. A., Bailey, H. N., Moran, G., & Pederson, D. R. (2004). Emotion Socialization as a Framework for Understanding the Development of Disorganized Attachment. *Social Development*, 13(3), 437-467. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9507.2004.00276.x>

- Doidge, J. C., Higgins, D. J., Delfabbro, P., & Segal, L. (2017). Risk factors for child maltreatment in an Australian population-based birth cohort. *Child Abuse & Neglect*, 64, 47-60. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2016.12.002>
- Dozois, D. J. A. (2013). Psychological treatments: Putting evidence into practice and practice into evidence. *Canadian Psychology*, 54(1), 1–11. doi:10.1037/a0031125.
- Dubowitz, H., Kim, J., Black, M. M., Weisbart, C., Semiatin, J., & Magder, L. S. (2011). Identifying children at high risk for a child maltreatment report. *Child Abuse & Neglect*, 35(2), 96-104. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2010.09.003>
- Dugravier, R. & Barbey-Mintz, A. (2015). Origines et concepts de la théorie de l'attachement. *Enfances & Psy*, 66, 14-22. <https://doi.org/10.3917/ep.066.0014>
- Dumaret, A. C. (2007). Interventions médico-psycho-sociales et accompagnements précoces : Quel devenir pour les familles ?. *Pathologie psychiatrique et grossesse. La qualité en périnatalité. 37èmes Journées Nationales de la Société Française de Médecine Périnatale*, Editions Arnette, 29-39. HAL : halshs-00353235
- Fablet, D. (2007). Les interventions socio-éducatives : Comment les définir ? *La revue internationale de l'éducation familiale*, 21(1), 125-137. <https://doi.org/10.3917/rief.021.0125>
- Fasseur, F. (2018). Analyse qualitative en psychologie : Grounded Theory Methods. *Études théologiques et religieuses*, 93(4), 577-590. <https://doi.org/10.3917/etr.934.0577>
- Finne, J. (2020). Attitudes toward and Utilization of Evidence-based Practice among Norwegian Social Workers. *Journal of Evidence-Based Social Work*, 17(2), 149-162. <https://doi.org/10.1080/26408066.2019.1689879>
- Fonagy, P. (2011). What is Mentalization ? The Concept and its Foundations in Developmental. In *Minding the Child Mentalization-Based Interventions with Children, Young People and their Families*, 11-34.

- Fournier, S., Terradas, M. M., & Guillemette, R. (2019). Traumas relationnels précoces, représentations d'attachement et mentalisation chez l'enfant: Mise à jour des connaissances et application au contexte de protection de la jeunesse. *La psychiatrie de l'enfant*, 62(2), 431-451. <https://doi.org/10.3917/psyse.622.0431>
- Fraley, R. C. (2002). Attachment stability from infancy to adulthood: Meta-analysis and dynamic modeling of developmental mechanisms. *Personality and Social Psychology Review*, 6, 123-151. https://doi.org/10.1207/S15327957PSPR0602_03
- Gaensbauer, T., & Hiatt, S. (1984). Facial communication of emotion in early infancy. In *The Psychobiology of Affective Development*, 207-230.
- Gagné, M.-H., Drapeau, S., & Saint-Jacques, M.-C. (2012). Les enfants maltraités: De l'affliction à l'espoir. *Presses de l'Université Laval*, 183. <https://doi.org/10.7202/1020837ar>
- Gallo, K. P., & Barlow, D. H. (2012). Factors involved in clinician adoption and nonadoption of evidence-based interventions in mental health. *Clinical Psychology Science and Practice*, 19(1), 93–106. doi:10.1111/j.1468-2850.2012.01276.x.
- Gallup, G. G., Jr., Anderson, J. R., & Shillito, D. J. (2002). The mirror test. In M. Bekoff, C. Allen, & G. M. Burghardt (Eds.), *The cognitive animal: Empirical and theoretical perspectives on animal cognition*, 325–333. MIT Press.
- George, C., & Main, M. (1979). Social Interactions of Young Abused Children: Approach, Avoidance, and Aggression. *Child Development*, 50(2), 306-318. <https://doi.org/10.2307/1129405>
- Gibaud-Wallston, J., & Wandersman, L. P. (1978). *Parenting Sense of Competence Scale (PSOC)*. APA PsycTests. <https://doi.org/10.1037/t01311-000>
- Gibaud-Wallston, J., & Wandersman, L. P. (2012). *Parenting Sense of Competence Scale*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/t01311-000>

- Glaser, D. (2000). Child Abuse and Neglect and the Brain—A Review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *41*(1), 97-116. <https://doi.org/10.1111/1469-7610.00551>
- Goodman, R. (2001). Psychometric properties of the strengths and difficulties questionnaire. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *40*(11), 1337-1345. <https://doi.org/10.1097/00004583-200111000-00015>
- Goodman, R., & Scott, S. (1999). Comparing the Strengths and Difficulties Questionnaire and the Child Behavior Checklist: Is Small Beautiful? *Journal of Abnormal Child Psychology*, *27*(1), 17-24. <https://doi.org/10.1023/A:1022658222914>
- Goodnow, J. J. (1988). Parents' Ideas, Actions, and Feelings: Models and Methods from Developmental and Social Psychology. *Child Development*, *59*(2), 286-320. <https://doi.org/10.2307/1130312>
- Greene, C. A., Haisley, L., Wallace, C., & Ford, J. D. (2020). Intergenerational effects of childhood maltreatment: A systematic review of the parenting practices of adult survivors of childhood abuse, neglect, and violence. *Clinical Psychology Review*, *80*, 101891. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101891>
- Hagele, D. M. (2005). The Impact of Maltreatment on the Developing Child. *North Carolina Medical Journal*, *66*(5), 356-359. <https://doi.org/10.18043/ncm.66.5.356>
- Hecht, D. B., & Hansen, D. J. (2001). The environment of child maltreatment: Contextual factors and the development of psychopathology. *Aggression and Violent Behavior*, *6*(5), 433-457. [https://doi.org/10.1016/S1359-1789\(00\)00015-X](https://doi.org/10.1016/S1359-1789(00)00015-X)
- Hesse, E., & Main, M. (2006). Frightened, threatening, and dissociative parental behavior in low-risk samples: Description, discussion, and interpretations. *Development and Psychopathology*, *18*(2), 309-343. <https://doi.org/10.1017/S0954579406060172>
- Hodes, M. W., Meppelder, H. M., Schuengel, C., & Kef, S. (2014). Tailoring a video-feedback intervention for sensitive discipline to parents with intellectual disabilities: A process

- evaluation. *Attachment & Human Development*, 16(4), 387-401.
<https://doi.org/10.1080/14616734.2014.912490>
- Jones, T. L., & Prinz, R. J. (2005). Potential roles of parental self-efficacy in parent and child adjustment: A review. *Clinical Psychology Review*, 25(3), 341-363.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2004.12.004>
- Juffer, F., bakermans-kranenburg, M., & van IJzendoorn, M. (2012). Promoting Positive Parenting : An Attachment-Based Intervention. *Promoting Positive Parenting: An Attachment-Based Intervention*, 1-238. <https://doi.org/10.4324/9780203809624>
- Juffer, F., Bakermans-Kranenburg, M. J., & Van IJzendoorn, M. H. (2014). Attachment-based interventions: Sensitive parenting is the key to positive parent-child relationships. In P. Holmes & S. Farnfield (Eds.), *The Routledge handbook of attachment: Implications and interventions*, 83–103. London, UK :Routledge.
- Juffer, F., Bakermans-Kranenburg, M.J., & Van IJzendoorn, M.H. (2017). Pairing attachment theory and social learning theory in video-feedback intervention to promote positive parenting. *Current Opinion in Psychology*, 15, 189–194. doi:10.1016/j.copsyc.2017.03.012
- Juffer, F., Struis, E., Werner, C., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (2017). Effective preventive interventions to support parents of young children: Illustrations from the Video-feedback Intervention to promote Positive Parenting and Sensitive Discipline (VIPPSD). *Journal of Prevention & Intervention in the Community*, 45(3), 202-214.
<https://doi.org/10.1080/10852352.2016.1198128>
- Kerr, D. C. R., Capaldi, D. M., Pears, K. C., & Owen, L. D. (2009). A prospective three generational study of fathers' constructive parenting : Influences from family of origin, adolescent adjustment, and offspring temperament. *Developmental Psychology*, 45, 1257-1275. <https://doi.org/10.1037/a0015863>

- Klein Velderman, M., Bakermans-Kranenburg, M. J., Juffer, F., & Van IJzendoorn, M. H. (2006). Effects of attachment-based interventions on maternal sensitivity and infant attachment : Differential susceptibility of highly reactive infants. *Journal of Family Psychology, 20*(12), 266-274. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.20.2.266>.
- Knafo, H., Murphy, A., Howard, S., & Steele, M. (2018). Treating disorganized attachment in the Group Attachment-Based Intervention (GABI©) : A case study. *Journal of Clinical Psychology, 74*(8), 1370-1382.
- Knight, R. A., & Goodnow, J. J. (1988). Parents' Beliefs about Influence over Cognitive and Social Development. *International Journal of Behavioral Development, 11*(4), 517-527. <https://doi.org/10.1177/016502548801100409>
- Lafortune, D., & Gilbert, S. (2016). Analyse critique de la littérature sur les enjeux de l'intervention auprès des parents à risque de maltraitance : Cibler le facteur générationnel ? *Pratiques Psychologiques, 22*(2), 105-123. <https://doi.org/10.1016/j.prps.2015.11.003>
- Lambooy, B. (2009). Soutenir la parentalité : Pourquoi et comment ? : Différentes approches pour un même concept. *Devenir, 21*(1), 31-60. <https://doi.org/10.3917/dev.091.0031>
- Lavallée, G. (2010). La vidéo : Pourquoi faire ? *Le Carnet PSY, 142*(2), 41-45. <https://doi.org/10.3917/lcp.142.0041>
- Lawrence, P. J., Davies, B., & Ramchandani, P. G. (2013). Using video feedback to improve early father–infant interaction : A pilot study. *Clinical Child Psychology and Psychiatry, 18*(1), 61-71. <https://doi.org/10.1177/1359104512437210>
- MacKenzie, M. J., Kotch, J. B., & Lee, L.-C. (2011). Toward a cumulative ecological risk model for the etiology of child maltreatment. *Children and Youth Services Review, 33*(9), 1638-1647. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2011.04.018>

- MacKenzie, M. J., Kotch, J. B., Lee, L.-C., Augsberger, A., & Hutto, N. (2011). A cumulative ecological–transactional risk model of child maltreatment and behavioral outcomes : Reconceptualizing early maltreatment report as risk factor. *Children and Youth Services Review, 33*(11), 2392-2398. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2011.08.030>
- Madigan, S., Cyr, C., Eirich, R., Fearon, R. M. P., Ly, A., Rash, C., Poole, J. C., & Alink, L. R. A. (2019). Testing the cycle of maltreatment hypothesis : Meta-analytic evidence of the intergenerational transmission of child maltreatment. *Development and Psychopathology, 31*(1), 23-51. <https://doi.org/10.1017/S0954579418001700>
- Manuel, J., Mullen, E. J., Fang, L., Bellamy, J., & Bledsoe, S. E. (2009). Preparing social work practitioners to use evidencebased practice: A comparison of experiences from an implementation project. *Research on Social Work Practice, 19*(5), 613–627. <https://doi.org/10.1177/1049731509335547>
- Matos, I., Tereno, S., Wendland, J., Guédeney, N., Dugravier, R., Greacen, T., Saïas, T., Tubach, F., & Guédeney, A. (2014). Maternal sensitivity and infant attachment in a population at high psychosocial risk. *Devenir, 26*(1), 5-20.
- Maughan, A., & Cicchetti, D. (2002). Impact of Child Maltreatment and Interadult Violence on Children’s Emotion Regulation Abilities and Socioemotional Adjustment. *Child Development, 73*(5), 1525-1542. <https://doi.org/10.1111/1467-8624.00488>
- Milot, T., Collin-Vézina, D., & Godbout, N. (2018). *Trauma complexe : Comprendre, évaluer et intervenir*. PUQ.
- Milot, T., Bruneau-Bhérier, R., Collin-Vézina, D., & Godbout, N. (2021). Le trauma complexe : Un regard interdisciplinaire sur les difficultés des enfants et des adolescents. *Revue québécoise de psychologie, 42*(2), 69-90. <https://doi.org/10.7202/1081256ar>
- Moody, G., Cannings-John, R., Hood, K., Kemp, A., & Robling, M. (2018). Establishing the international prevalence of self-reported child maltreatment : A systematic review by

- maltreatment type and gender. *BMC Public Health*, 18(1), 1164.
<https://doi.org/10.1186/s12889-018-6044-y>
- Moss, E., Dubois-Comtois, K., Cyr, C., Tarabulsky, G. M., St-Laurent, D., & Bernier, A. (2011). Efficacy of a home-visiting intervention aimed at improving maternal sensitivity, child attachment, and behavioral outcomes for maltreated children : A randomized control trial. *Development and Psychopathology*, 23(1), 195-210.
<https://doi.org/10.1017/S0954579410000738>
- Mouton, B., & Roskam, I. (2015). Confident Mothers, Easier Children : A Quasi-experimental Manipulation of Mothers' Self-efficacy. *Journal of Child and Family Studies*, 24(8), 2485-2495. <https://doi.org/10.1007/s10826-014-0051-0>
- Nolte, T., Bolling, D. Z., Hudac, C. M., Fonagy, P., Mayes, L., & Pelphrey, K. A. (2013). Brain mechanisms underlying the impact of attachment-related stress on social cognition. *Frontiers in Human Neuroscience*, 7, 816. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2013.00816>
- Noor, I., & Caldwell, R. A. (2005). The Costs of Child Abuse vs. Child Abuse Prevention : A Multi-year Follow-up in Michigan. *Michigan State University*, 27.
- Nouncke, J. (2019). L'intérêt supérieur de l'enfant à l'examen des livres préliminaire, I et II, du Code de la prévention, de l'aide à la jeunesse et de la protection de la jeunesse. In *Le code de la prévention, de l'aide à la jeunesse et de la protection de la jeunesse*, 29-45. Larcier.
- O'Farrelly, C., Watt, H., Babalis, D., Bakermans-Kranenburg, M. J., Barker, B., Byford, S., Ganguli, P., Grimas, E., Iles, J., Mattock, H., McGinley, J., Phillips, C., Ryan, R., Scott, S., Smith, J., Stein, A., Stevens, E., van IJzendoorn, M. H., Warwick, J., & Ramchandani, P. G. (2021). A Brief Home-Based Parenting Intervention to Reduce Behavior Problems in Young Children : A Pragmatic Randomized Clinical Trial. *JAMA Pediatrics*, 175(6), 567-576. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2020.6834>

- Office Nationale de l'Enfance. (2016). *ONE en chiffres—Rapport d'activité*.
https://www.one.be/fileadmin/user_upload/siteone/PRESENTATION/Rapports_d_activite/2016/Rapport_activite_2016_ONE_en_chiffres.pdf
- Office Nationale de l'Enfance. (2021). *ONE en chiffres—Rapport d'activité*.
https://www.one.be/fileadmin/user_upload/siteone/PRESENTATION/Rapports_d_activite/RA-ONE-en-chiffres-2021.pdf
- Olds, D. L., & Henderson, C. R. (1989). The prevention of maltreatment. In D. Cicchetti & V. Carlson (Éds.), *Child Maltreatment: Theory and Research on the Causes and Consequences of Child Abuse and Neglect*, 722-763. Cambridge University Press.
<https://doi.org/10.1017/CBO9780511665707.024>
- Organisation Mondiale de la Santé. (2006). *Guide sur la prévention de la maltraitance des enfants : intervenir et produire des données*. Bibliothèque de l'OMS.
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/252861>
- Organisation Mondiale de la Santé. (2020). *Maltraitance des enfants*. Organisation Mondiale de la Santé. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>
- Palusci, V. J. (2011). Risk factors and services for child maltreatment among infants and young children. *Children and Youth Services Review*, 33(8), 1374-1382.
<https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2011.04.025>
- Parrish, J. W., Young, M. B., Perham-Hester, K. A., & Gessner, B. D. (2011). Identifying Risk Factors for Child Maltreatment in Alaska : A Population-Based Approach. *American Journal of Preventive Medicine*, 40(6), 666-673.
<https://doi.org/10.1016/j.amepre.2011.02.022>
- Pederson, D. R., Moran, G., & Bento, S. (1999). Maternal Behaviour Q-sort. *Psychology Publications*, 1. <https://ir.lib.uwo.ca/psychologypub/1>

- Piaget, J., & Inhelder, B. (2012). *La psychologie de l'enfant*.
https://www.puf.com/content/La_psychologie_de_lenfant
- Prinzle, P., Stams, G. J. J. M., Deković, M., Reijntjes, A. H. A., & Belsky, J. (2009). The relations between parents' Big Five personality factors and parenting : A meta-analytic review. *Journal of Personality and Social Psychology*, 97(2), 351-362.
<https://doi.org/10.1037/a0015823>
- Romano, E., Babchishin, L., Marquis, R., & Fréchette, S. (2015). Childhood Maltreatment and Educational Outcomes. *Trauma, Violence, & Abuse*, 16(4), 418-437.
<https://doi.org/10.1177/1524838014537908>
- Roskam, I. (2015). *Psychologie de la parentalité* (De Boeck Supérieur).
- Sameroff, A. (1975). Transactional Models in Early Social Relations. *Human Development*, 18(1/2), 65-79.
- Sameroff, A., & Mackenzie, M. (2003). A Quarter-Century of the Transactional Model : How Have Things Changed?. *Zero to Three*, 24. <http://zerotothree.org/>
- Sanders, M. R. (2012). Development, Evaluation, and Multinational Dissemination of the Triple P-Positive Parenting Program. *Annual Review of Clinical Psychology*, 8(1), 345-379.
<https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032511-143104>
- Scarr, S., & McCartney, K. (1983). How People Make Their Own Environments : A Theory of Genotype → Environment Effects. *Child Development*, 54(2), 424-435.
<https://doi.org/10.2307/1129703>
- Schneider-Rosen, K., & Cicchetti, D. (1984). The Relationship between Affect and Cognition in Maltreated Infants : Quality of Attachment and the Development of Visual Self-Recognition. *Child Development*, 55(2), 648-658. <https://doi.org/10.2307/1129976>
- Schoemaker, N. K., Jagersma, G., Stoltenborgh, M., Maras, A., Vermeer, H. J., Juffer, F., & Alink, L. R. A. (2018). The effectiveness of Video-feedback Intervention to promote

- Positive Parenting for Foster Care (VIPP-FC): Study protocol for a randomized controlled trial. *BMC Psychology*, 6(1), 38. <https://doi.org/10.1186/s40359-018-0246-z>
- Service d'Aide à la jeunesse. (s. d.). *Services agréés—Portail de l'aide à la jeunesse en Fédération Wallonie-Bruxelles*. Consulté le 4 octobre 2023, à l'adresse https://www.aidealajeunesse.cfwb.be/index.php?id=servicesagrs&no_cache=1
- Service d'Aide à la jeunesse. (s. d.). *SAJ/SPJ (Service de l'aide à la jeunesse / Service de la protection de la jeunesse)*. Consulté le 4 octobre 2023, à l'adresse <https://www.aidealajeunesse.cfwb.be/index.php?id=6485>
- Service d'Aide à la jeunesse. (2021a). *Motifs d'intervention du service de l'Aide à la jeunesse - Chiffres Clés*. <https://statistiques.cfwb.be/aide-a-la-jeunesse/jeunes-en-difficulte-etou-en-danger/motifs-dintervention/>
- Service d'Aide à la jeunesse. (2021b). *Types de prise en charge du service de l'Aide à la jeunesse - Chiffres Clés*. <https://statistiques.cfwb.be/aide-a-la-jeunesse/jeunes-en-difficulte-etou-en-danger/prises-en-charge/>
- Services d'accompagnement (SA)*. (s. d.). Consulté le 1 juin 2023, à l'adresse <https://lecheminvert.be/les-services-de-lasbl/service-01/>
- Sidebotham, P., & Golding, J. (2001). Child maltreatment in the “Children of the nineties”: A longitudinal study of parental risk factors. *Child Abuse & Neglect*, 25(9), 1177-1200. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(01\)00261-7](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(01)00261-7)
- Sidebotham, P., & Heron, J. (2006). Child maltreatment in the “children of the nineties”: A cohort study of risk factors. *Child Abuse & Neglect*, 30(5), 497-522. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2005.11.005>
- Southam-Gerow, M., Rodríguez, A., Chorpita, B. F., & Daleiden, E. L. (2012). Dissemination and implementation of evidence based treatments for youth: Challenges and

- recommendations. *Professional Psychology Research and Practice*, 43(5), 527–534.
doi:10.1037/a0029101.
- Spencer, N., Wallace, A., Sundrum, R., Bacchus, C., & Logan, S. (2006). Child abuse registration, fetal growth, and preterm birth: A population based study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60(4), 337-340.
<https://doi.org/10.1136/jech.2005.042085>
- Sroufe, L. A. (2013). Le concept de développement en psychopathologie développementale. *Developpements*, 14(1), 13-20. <https://doi.org/10.3917/devel.014.0013>
- Stewart, R. E., Chambless, D. L., & Baron, J. (2012). Theoretical and practical barriers to practitioners' willingness to seek training in empirically supported treatments. *Journal of Clinical Psychology*, 68(1), 8–23. doi:10.1002/jclp.20832.
- St-Germain, A., Baudry, C., & Bussières, E.-L. (2016). Les stratégies d'intervention offertes aux jeunes mères sont-elles efficaces pour pr ev enir la maltraitance envers leurs enfants? *Revue de psychoéducation*, 45(2), 271-287. <https://doi.org/10.7202/1039050ar>
- Strengths & Difficulties Questionnaires*. (s. d.). Consulté le 6 octobre 2023,   l'adresse <https://www.sdqinfo.org/>
- Tagiyev, A., & Yal ın, S. (2021). Protective role of breastfeeding status, chronic health problems, and temperament of children in maltreatment by mothers. *Turkish Archives of Pediatrics*, 56(2), 152-158. <https://doi.org/10.14744/TurkPediatriArs.2020.54280>
- Tarabulsy, G. M., Dubois-Comtois, K., Baudry, C., Moss, E., Roberge, A., Savage, L.-E., Cyr, C., St-Laurent, D., & Bernier, A. (2018). A case study illustrating the use of an attachment video-feedback intervention strategy. *Journal of Clinical Psychology*, 74(8), 1358-1369. <https://doi.org/10.1002/jclp.22646>
- Tarabulsy, G. M., Provost, M. A., Bordeleau, S., Trudel-Fitzgerald, C., Moran, G., Pederson, D. R., Trabelsi, M., Lemelin, J.-P., & Pierce, T. (2009). MBQS Validation of a short version

- of the maternal behavior Q-set applied to a brief video record of mother–infant interaction. *Infant Behavior and Development*, 32(1), 132-136.
<https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2008.09.006>
- Terisse, B., & Trudelle, D. (1988). *Le questionnaire d'Auto-évaluation de la compétence parentale (QAECEP)*. <https://docplayer.fr/39411159-Le-questionnaire-d-auto-évaluation-de-la-compétence-éducative-parentale-q-a-e-c-e-p-bernard-terrisse-et-denis-trudelle-1988.html>
- Toth, S. L., & Cicchetti, D. (2004). Child maltreatment and its impact on psychosocial child development. In *Encyclopedia on Early Childhood Development*. <https://www.child-encyclopedia.com/maltreatment-child/according-experts/child-maltreatment-and-its-impact-psychosocial-child-0>
- Trickett, P. K., Negriff, S., Ji, J., & Peckins, M. (2011). Child Maltreatment and Adolescent Development. *Journal of Research on Adolescence*, 21(1), 3-20.
<https://doi.org/10.1111/j.1532-7795.2010.00711.x>
- Tursz, A. (2010). Les oubliés, enfants maltraités en France et par la France. *Enfances Psy*, 47(2), 182-185. <https://doi.org/10.3917/ep.047.0182>
- Tursz, A. (2011). Risk factors of child abuse and neglect in childhood. *La Revue du praticien*, 61, 8-10.
- Tuters, E., Doulis, S., & Yabsley, S. (2011). Challenges working with infants and their families: Symptoms and meanings—two approaches of infant–parent psychotherapy. *Infant Mental Health Journal*, 32(6), 632–649. <https://doi.org/10.1002/imhj.20323>
- Twardosz, S., & Lutzker, J. R. (2010). Child maltreatment and the developing brain : A review of neuroscience perspectives. *Aggression and Violent Behavior*, 15(1), 59-68.
<https://doi.org/10.1016/j.avb.2009.08.003>

- Van IJzendoorn, M. H., Juffer, F., & Duyvesteyn, M. G. (1995). Breaking the intergenerational cycle of insecure attachment : A review of the effects of attachment-based interventions on maternal sensitivity and infant security. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 36(2), 225-248. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1995.tb01822.x>
- Van Zeijl, J., Mesman, J., Van IJzendoorn, M. H., Bakermans-Kranenburg, M. J., Juffer, F., Stolk, M. N., Koot, H. M., & Alink, L. R. A. (2006). Attachment-based intervention for enhancing sensitive discipline in mothers of 1- to 3-year-old children at risk for externalizing behavior problems : A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(6), 994-1005. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.74.6.994>
- Vivian L. Gadsden, Morgan Ford, Heather Breiner, & National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. (2016). *Parenting Matters : Supporting Parents of Children Ages 0-8*. National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/21868>
- Waters, E., Merrick, S., Treboux, D., Crowell, J., & Albersheim, L. (2000). Attachment security in infancy and early adulthood : A twenty-year longitudinal study. *Child Development*, 71(3), 684-689. <https://doi.org/10.1111/1467-8624.00176>
- Wendland, J., Danet, M., Gacoin, E., Didane, N., Bodeau, N., Saias, T., Le Bail, M., Cazenave, M.-T., Molina, T., Puccinelli, O., Chirac, O., Medeiros, M., Gerardin, P., Cohen, D., & Guedeney, A. (2014). French Version of the Brief Infant-Toddler Social and Emotional Assessment Questionnaire-BITSEA. *Journal of Pediatric Psychology*, 39(5), 562-575. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsu016>
- Wharton, T. C., & Bolland, K. A. (2012). Practitioner perspectives of evidence-based practice. *Families in Society*, 93(3), 157–164. <https://doi.org/10.1606/1044-3894.422>
- Wike, T. L., Bledsoe, S. E., Manuel, J. I., Despard, M., Johnson, L. V., Bellamy, J. L., & Killian-Farrell, C. (2014). Evidence-Based Practice in Social Work : Challenges and

Opportunities for Clinicians and Organizations. *Clinical Social Work Journal*, 42(2), 161-170. <https://doi.org/10.1007/s10615-014-0492-3>

Windham, A. M., Rosenberg, L., Fuddy, L., McFarlane, E., Sia, C., & Duggan, A. K. (2004). Risk of mother-reported child abuse in the first 3 years of life. *Child Abuse & Neglect*, 28(6), 645-667. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2004.01.003>

Wu, S. S., Ma, C.-X., Carter, R. L., Ariet, M., Feaver, E. A., Resnick, M. B., & Roth, J. (2004). Risk factors for infant maltreatment : A population-based study. *Child Abuse & Neglect*, 28(12), 1253-1264. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2004.07.005>