

Dépistage des mères à risque de maltraitance en milieu hospitalier: analyse critique et étude de cas

Andrée Demers
Université de Montréal

La question du dépistage et de l'intervention précoces auprès des familles présentant des risques élevés d'abus ou de négligence envers leurs enfants est une préoccupation constante pour l'ensemble des professionnels des services sociaux et de la santé. La période périnatale est identifiée dans plusieurs études menées aux États-Unis,¹ au Canada,² en Angleterre,³ en Australie⁴ et en France⁵ comme un moment stratégique pour dépister ces familles. D'une part, certains problèmes plus prévalants chez les groupes à risque de maltraitance seraient identifiables dès la période périnatale (ex: antécédents psychosociaux du père et de la mère, monoparentalité, déroulement de la grossesse, séparation néonatale, prématurité ou pathologie néonatale); d'autre part, durant cette période les mères sont en contact avec des professionnels de la santé, c'est donc dire qu'elles sont visibles pour le dépistage. La période post-natale durant laquelle la mère et son nouveau-né sont hospitalisés est considérée comme particulièrement propice puisqu'il est alors possible d'observer directement l'interaction qui s'établit entre eux.^{1,6,7}

Malgré l'intérêt clinique que présente la période périnatale, ce dépistage précoce des cas à risque de maltraitance pose problème: les études sur la spécificité (prédiction juste des parents non-abusifs) et sur la sensibilité (prédiction juste des parents abusifs) du dépistage comportent presque sans exception un pourcentage très élevé de faux positifs, c'est-à-dire de cas identifiés à risque qui *a posteriori* se révèlent ne pas en être.⁸ Dans la mesure où le dépistage est une activité de prédiction qui sert à inscrire des individus dans des filières de services, la pertinence clinique et sociale du dépistage est indissociable de la justesse de la prédiction, autant d'un point de vue éthique et que d'un point de vue de rationalisation et d'efficacité des services. Ceci est d'autant plus important lorsque les activités de dépistage et de prise en charge sont assumées par des organismes distincts puisque, comme le souligne Emerson,⁹ ceux qui reçoivent les références ont tendance à y accorder peu d'attention lorsque celles-ci se fondent sur des jugements de valeurs ou lorsqu'elles ne sont pas suffisamment sélectives.

Identifier les familles avant la survenue de problèmes ou de difficultés n'est pas aisé. Le dépistage est une opération de taxinomie des parents, et

plus particulièrement des mères, selon qu'ils présentent ou non des signes de dangerosité, ce qui suppose l'existence de critères ou de signes permettant d'opérer ce classement. À cet effet, les grilles de dépistage utilisant des critères préétablis sont de plus en plus privilégiées par les gestionnaires et les intervenants de la santé et des services sociaux. Ces grilles se présentent comme des outils de jugement rationnel du risque, permettant de contrôler la dimension morale susceptible d'intervenir dans le jugement clinique et ainsi de juguler le jugement idiosyncratique de ceux qui font le dépistage. Mais, à ces égards, les grilles présentent des limites importantes que nous discuterons dans les pages qui suivent.

La recherche sur les grilles de dépistage a principalement porté sur les critères utilisés et sur leurs limites à discriminer les cas à risque de ceux qui sont sans danger. Cette vision mécaniste du dépistage suppose implicitement que la sensibilité et la spécificité du dépistage existent en dehors de ceux qui l'exercent et du contexte spécifique où il s'exerce. L'implantation de ces grilles, la manière dont elles sont appliquées par les professionnels, a été peu étudiée, mis à part quelques exceptions visant à standardiser les dépisteurs après avoir standardisé l'outil.¹⁰ Les travaux montrant les résistances (ou l'adhésion) de l'environnement social à ces outils demeurent rares. Dans cet article, nous aborderons l'étude des pratiques de dépistage d'un point de vue sociologique, c'est-à-dire comme pratiques s'inscrivant dans des rapports sociaux — rapports entre l'intervenant et le client, rapports entre professionnels, rapports hiérarchiques au sein de l'organisation, rapports entre organisations, etc. — qui contribuent à définir ce qui constitue le risque, à structurer le dépistage et l'utilisation des grilles. Nous faisons l'hypothèse que ces pratiques sont loin d'être une simple application mécanique d'une grille de dépistage. Elles sont dépendantes des valeurs et des contraintes personnelles, professionnelles et institutionnelles de ceux qui font le dépistage.

La première partie de cet article portera sur l'illusion d'objectivité qui caractérise le dépistage même lorsque celui-ci s'appuie sur des outils standardisés. La seconde partie présente une étude de cas — un programme de dépistage et de référence des mères à risque d'abus ou de négligence de leur enfant, localisé dans un département hospitalier d'obstétrique — à travers laquelle nous ferons ressortir l'importance du contexte social dans la construction des pratiques de dépistage. Enfin, en discussion nous opposerons les préoccupations individualisantes du discours préventif à la rationalité organisationnelle de ceux qui l'opérationnalisent.

Les pratiques de dépistage: l'illusion de l'objectivité

Les pratiques de dépistage ne peuvent se comprendre en dehors de la notion de risque à partir de laquelle se fait l'opération de tri. Au sens statistique, le risque est la probabilité de survenue d'un événement donné. Par définition, le risque n'est pas une certitude. Il renvoie à un événement ou à un comportement socialement indésirable qui n'a pas eu lieu et qui n'aura peut-être jamais lieu. Comme le souligne Castel,¹¹ «un risque ne résulte pas de la présence d'un danger précis, porté par un individu ou même un groupe concret. Il est un effet de la mise en relation de données abstraites ou facteurs qui rendent plus ou moins probable l'avènement de comportements indésirables». Par conséquent, l'incertitude domine le dépistage puisque la preuve de la «dangerosité» ne peut être faite qu'après-coup.

Le risque est non seulement incertain, il est aussi normatif. La conception du risque et les actions qui en résultent ne peuvent s'expliquer uniquement par l'existence d'un danger probable. Tous les dangers ne reçoivent pas la même attention et ne mobilisent pas autant les énergies selon les cultures ou les époques. Certains attributs ou comportements sont considérés à risque dans certains contextes et ignorés ou considérés sans danger dans d'autres. La polarisation sur certains risques n'est donc pas qu'une question de protection de la santé ou de sécurité. Le risque implique également un jugement sur la norme et sur le degré acceptable de déviance à celle-ci.^{12,13} La sélection des risques, la construction des événements en éventualités acceptables ou non, reflète les biais culturels propres à différents groupes sociaux et à différents contextes sociaux.¹⁴

Dépister ou prévenir le risque implique donc de poser des choix, de prendre la décision sur les comportements ou événements socialement inacceptables. Toutefois, les comportements abusifs n'étant pas observables avant leur survenue, dans une optique préventive, le dépistage se fait à partir de caractéristiques observables associées à ces comportements. Comme le note Castel,¹¹ «pour être suspect, il n'y a plus besoin de manifester des symptômes de dangerosité ou d'anomalie, il suffit de présenter certaines particularités que les spécialistes responsables de la définition d'une politique préventive ont constitué en facteurs de risques» (p. 123). Ceci participe largement à construire une vision statique du risque reposant sur des caractéristiques visibles des individus au détriment d'une vision plus dynamique du risque qui serait davantage centrée sur les événements ou les situations de crise et sur le potentiel individuel et social de réponse.¹³ Le dépistage du risque tend alors à devenir l'identification de marqueurs de vulnérabilité,¹⁵ ce qui n'est pas sans accentuer le danger de stigmatisation de certaines populations ou groupes sociaux parce que trop déviants ou différents.^{16,17}

Plus la distance sociale entre celui qui est jugé déviant et celui qui juge serait importante, plus les cliniciens auraient tendance à être intolérants face aux comportements déviants.¹⁸ Les connaissances, l'expérience clinique et les stéréotypes des intervenants ainsi que leurs attitudes personnelles expliqueraient un degré de tolérance variable face à la déviance. Plusieurs auteurs constatent une tendance chez les infirmières à développer une vision stéréotypée de leurs patients,^{19,20} notamment sur la base de caractéristiques démographiques.²¹

Un des objectifs des grilles de dépistage est d'être un outil permettant de contrôler les jugements idiosyncratiques des professionnels-dépisteurs et de réduire le caractère subjectif du dépistage en le fondant sur des critères supposés discriminer avec le moins d'erreur possible les familles abusives des non-abusives. Ces grilles se construisent donc à partir de deux prémisses: la première est qu'il est possible d'objectiver le risque, c'est-à-dire de le réduire à un ensemble de facteurs facilement identifiables; la seconde est que les utilisateurs de ces grilles les administrent de façon standard et sont aptes à porter un jugement sur les divers facteurs considérés. À la lumière des travaux de la dernière décennie, ces deux prémisses apparaissent peu fondées.

La détermination d'un ensemble de critères facilement observables et discriminants des cas à risque pose de nombreux problèmes au plan méthodologique: faible corrélation entre les indicateurs psychosociaux ou sociaux utilisés et la survenue ultérieure de problèmes;²² dans certains cas, absence d'une relation causale clairement établie;²³ utilisation de corrélations univariées pour justifier le choix des critères, alors que les modèles de causalité en question sont beaucoup plus complexes et que le risque résulte d'une combinaison de facteurs.^{15,22} D'un point de vue empirique, ces problèmes méthodologiques ont pour conséquence la faible capacité prédictive de ces outils. D'un point de vue conceptuel, ils se soldent par un manque de consensus concernant les critères ou signes permettant d'effectuer cette opération de tri. Ainsi, l'expérience périnatale est associée par certains au développement de la relation mère-enfant qui pourrait être compromise par des problèmes de prématurité, de petit poids, de séparation mère-enfant suite à la naissance²⁴ alors que d'autres travaux ne rapportent pas de relations significatives entre ces variables et le risque de mauvais traitements ultérieurs.^{25,26} De même, en ce qui concerne les caractéristiques socio-démographiques des mères, certains travaux associent le célibat et le jeune âge à un risque accru de maltraitance²⁵ alors que d'autres n'observent pas de relations significatives.¹⁰

Paradoxalement, les chercheurs qui ont réussi à construire des outils permettant de réaliser un dépistage à la fois sensible et spécifique, l'on fait en tablant sur le jugement clinique des dépisteurs alors c'est ce jugement

souvent très subjectif que les grilles tentent de juguler, particulièrement lorsqu'elles sont destinées à être utilisées par des professionnels qui n'ont pas d'expertise en matière d'abus ou de négligence. Ainsi, Murphy et al.¹⁰ ont réussi à construire un outil discriminant des familles à risque de maltraitance. Lorsque cet outil est utilisé par des travailleurs sociaux préalablement formés, la valeur prédictive d'un dépistage positif est de 52,5%, c'est-à-dire que un cas sur deux identifié à risque a effectivement présenté des comportements d'abus ou de négligence deux ans plus tard. La capacité prédictive de l'outil ne dépend toutefois pas uniquement de la pertinence des critères utilisés mais également des aptitudes cliniques des utilisateurs acquises via la formation. Cette dernière condition serait cependant difficile à rencontrer. Les travaux de Sommerfeld et Hughes²⁷ montrent que les professionnels susceptibles d'utiliser de tels outils (médecins, infirmières et travailleurs sociaux) sont inconsistants lorsqu'il s'agit de dépister les parents à risque d'abus de leurs enfants. Malgré des instructions précises sur les critères utilisés, des différences importantes inter et intra groupes professionnels sont observées non seulement sur le jugement global mais également sur l'évaluation de critères spécifiques.

Un des facteurs susceptible d'expliquer ce hiatus entre les grilles de dépistage et les pratiques de dépistage réside dans la culture professionnelle: la prédiction du risque à partir de critères prédéterminés, comme c'est le cas avec des grilles de dépistage, serait en opposition avec la prédiction clinique basée sur la connaissance, l'expérience et la perspicacité du clinicien. La première s'appuie sur des règles structurées et reproductibles de décisions alors que la seconde est plus flexible, voire même subjective. Sommerfeld et Hughes²⁷ constatent la difficulté notamment pour les médecins et les infirmières à se conformer aux instructions reçues: ils auraient tendance à substituer leur propre jugement idiosyncratique aux critères établis.

Par ailleurs, le phénomène de stigmatisation de certains sous-groupes lors du dépistage ne dépend pas que des intervenants. Il comporte également une dimension institutionnelle. Cette dimension a toutefois encore été peu étudiée. Les institutions sont elles aussi porteuses d'une conception du risque acceptable qu'elles imposeront à leur personnel via des consignes ou des procédures normales et routinières de dépistage.²⁸ Selon Emerson,⁹ les références pour des raisons organisationnelles sont plus fréquentes que les références pour des raisons de jugements idiosyncratiques des professionnels.

Devant les limites méthodologiques et conceptuelles des grilles de dépistage, compte tenu du caractère normatif et spéculatif de tout dépistage du risque et face aux enjeux organisationnels dans le dépistage, on peut se demander quels risques retiennent l'attention des professionnels? Dans quelle mesure les grilles de dépistage sont-elles utilisées? Le dépistage est-il une opération de stigmatisation, d'étiquetage de certains sous-groupes parce que

déviant par rapport à la conception de la normalité qu'ont les infirmières? Dans quelle mesure l'hôpital impose-t-il des procédures de dépistage pour des raisons organisationnelles? Ces différentes questions orientent l'étude de cas qui suit.

L'étude de cas

Le programme étudié a été implanté en 1982 dans un département hospitalier d'obstétrique de Montréal (Québec). Son objectif principal est de faciliter la circulation de l'information et des parturientes entre l'hôpital et les Centres locaux de services communautaires (CLSC) et d'assurer la prise en charge dans un court délai des mères et des familles jugées plus susceptibles de présenter des problèmes d'abus ou de négligence et nécessitant par conséquent un accès rapide à des services de suivi et de soutien. À partir d'une grille, les infirmières en post-partum du département d'obstétrique doivent évaluer les capacités psychosociales de chacune des parturientes et signaler celles «à risque» d'abus ou de négligence de leur enfant à une infirmière de «liaison» qui achemine les références vers les CLSC. Ce programme est concomitant avec le système provincial québécois de référence (avis de naissances) par lequel les CLSC sont systématiquement informés de toutes les naissances sur leur territoire et font, en deçà de trois semaines après la naissance, une visite à domicile aux nouvelles mères. L'intérêt du programme réside dans sa capacité à discriminer les mères et les familles les plus susceptibles de présenter une menace pour le nouveau-né pour qu'elles bénéficient d'une accélération de leur inscription dans une filière de suivi appropriée. Ceci suppose des références filtrées et non-idiosyncratiques.

Ce cas est intéressant à plusieurs égards pour comprendre les pratiques de dépistage et pour réfléchir à l'implantation de programmes de dépistage précoce systématiques. En premier lieu, le dépistage doit se faire à partir d'une grille de dépistage standardisée utilisant les indicateurs de risque couramment identifiés dans la littérature (anomalie congénitale, prématurité, séparation mère-enfant, âge de la mère, grossesses rapprochées, difficultés d'adaptation, tensions conjugales, problèmes sociaux, problèmes financiers, etc.). Cette grille propose donc une vision statique du risque centrée vers l'identification de marqueurs de vulnérabilité dont plusieurs sont faiblement corrélés à la dangerosité. En second lieu, le dépistage se fait par des professionnels — les infirmières — qui n'ont reçu aucune formation spécifique pour appliquer la grille de dépistage et qui, majoritairement, ne connaissent pas la problématique de l'abus et de la négligence.

Ce programme présente également deux caractéristiques importantes au plan organisationnel susceptibles d'influencer les pratiques de dépistage et donc d'interférer dans la mise en application des critères proposés dans les grilles. La première est la séparation entre la conception du programme de

dépistage et son application. Le programme a été conçu et développé par des professionnels de la santé communautaire, loin du milieu d'intervention. Encore aujourd'hui, le programme (et l'infirmière de liaison qui est responsable de son fonctionnement) demeure sous la responsabilité administrative du département de santé communautaire et n'a pas d'attache administrative avec le département d'obstétrique qui l'accueille et les infirmières qui l'appliquent. Ces deux milieux ne partagent pas nécessairement la même vision du risque et du degré de déviance socialement acceptable. La seconde caractéristique organisationnelle réside dans la séparation des responsabilités en ce qui concerne l'évaluation et la gestion du risque, le dépistage et la prise en charge: les cas identifiés à l'hôpital sont référés vers d'autres institutions. Cette division peut avoir des conséquences importantes dans la conception institutionnelle de ce qui constitue un risque acceptable et plus largement sur les pratiques de référence: n'ayant pas à assurer de services aux mères dépistées, il n'y a pas de coûts institutionnels associés au dépistage. Cette situation est en soi plus propice à un dépistage de masse qu'à un dépistage spécifique.

Méthodologie

Les données utilisées ont été recueillies dans le cadre d'une évaluation réalisée en 1987-88, soit six ans après la mise en place du programme. Les pratiques de dépistage ont été saisies à partir de trois sources d'information: des entrevues semi-directives auprès des infirmières et de leur responsable hiérarchique, les fiches cliniques de référence ($n = 677$) et les formulaires provinciaux de déclaration de naissance (SP1) complétées par l'hôpital ($n = 3564$).

Les entrevues semi-directives avaient pour objectif de comprendre la conception du risque des infirmières et de l'institution ainsi que le contexte dans lequel se fait le dépistage. Les infirmières interrogées ont été sélectionnées en fonction de leur statut de travail (temps plein vs temps partiel) et de leur ancienneté à l'hôpital. Uniquement les infirmières ayant un horaire de jour ont été rencontrées, puisque ce sont celles les plus susceptibles d'interagir avec la parturiente et celles qui généralement font les références. Huit des quarante-trois infirmières alors en poste ont été interviewées ainsi que leur responsable hiérarchique. Au départ, un nombre plus important d'entrevues était planifié mais les infirmières ayant une vision du risque et des pratiques de dépistage très homogènes, l'information a très rapidement saturé. Une analyse thématique de ces entrevues a été menée suivant les dimensions suivantes: critères de référence utilisés, signes observables du risque, source d'information privilégiée, modalités de dépistage et de référence, place du dépistage et de la référence dans l'ensemble des

tâches et responsabilités des infirmières, contraintes professionnelles et organisationnelles associées au dépistage et à la référence.

Les fiches cliniques de référence (incluant la grille de dépistage) sont complétées par les infirmières qui y indiquent leur perception de la situation et les problèmes qui focalisent leur attention. Les critères ou problèmes à partir desquels une mère peut, aux dires des infirmières, être jugée «suspecte» ne se limitent pas à ceux proposés par la grille de référence. En fait, cette grille est très rarement complétée. Les infirmières utilisent plutôt la section «commentaires» pour décrire les problèmes des parturientes en leurs propres mots. Les informations rapportées dans la grille de référence et dans la section «commentaires» ont été regroupées sous sept grandes rubriques selon le type de problème mentionné: santé physique de la mère ou de l'enfant, problèmes psychosociaux, habitudes de vie, compétences parentales, environnement familial ou social, réseau social et allaitement maternel. Plus d'un type de problèmes pouvait être mentionné à l'appui d'une référence.

Ces données sur les parturientes référées ont été jumelées aux données de déclaration de naissance de manière à comparer les mères référées et les non-référées. Le fichier de déclaration de naissance (SP1) est avant tout un fichier administratif. Il comporte des données sur les principales caractéristiques socio-démographiques des mères (âge, statut civil, scolarité, origine ethnique) ainsi que des informations relatives à la naissance (poids du bébé en grammes, nombre de semaines de gestation, parité, gémelliparité).²⁹ Toutes ces variables ont été retenues pour les analyses, exception faite de la gémelliparité. Le nombre de cas dans cette situation est peu élevé ($n = 55$) et ceux-ci se retrouvent parmi les bébés de petits poids. Signalons toutefois que 67,3% des mères ayant donné naissance à des jumeaux ont fait l'objet d'une référence. La clientèle référée a été comparée à la clientèle non-référée (t-test et X^2) selon les principales caractéristiques socio-démographiques des mères (âge, statut civil, scolarité et origine ethnique) et selon les caractéristiques de la naissance (parité, poids du bébé à la naissance et nombre de semaines de gestation). Une analyse de régression logistique a été menée pour analyser la valeur prédictive de ces caractéristiques sur la référence (non référée = 0; référée = 1).

La présentation des résultats est organisée autour de trois thèmes: 1) la conception du risque et du dépistage telle qu'opérationalisée dans les pratiques de dépistage c'est-à-dire selon le type de problèmes associés au risque et selon les caractéristiques de la clientèle référée; 2) la conception du risque et du dépistage des infirmières responsables du dépistage; 3) les modalités de dépistage et le contexte organisationnel.

Tableau 1
Motifs de référence selon la fréquence de leur mention
dans les formulaires de référence

Motifs de référence	%*
Problèmes de santé physique (mère ou enfant)	40,5
Problèmes de compétence parentale	28,1
Insuffisance du réseau de support social	27,9
Environnement familial ou social	20,1
Problèmes d'allaitement	20,1
Désordre psychologique ou psychosocial	9,0
Habitudes de vie inadéquates (toxicomanie)	3,6

* Pourcentages non cumulatifs

Le risque tel qu'opérationnalisé dans les pratiques de dépistage

En 1987, 677 mères — soit 19,0 de l'ensemble des parturientes — ont été référées. Ce taux est comparable à ceux rapportés dans d'autres études.⁶ Le tableau 1 présente les problèmes signalés lors de la référence. Plusieurs problèmes sont généralement mentionnés pour chaque référence (en moyenne 1,5 problèmes par référence). Des problèmes d'allaitement sont mentionnés dans une référence sur cinq. Les problèmes liés à la compétence parentale tels le manque de formation/information des parents, l'insécurité face aux soins au nouveau-né ou la qualité de l'interaction mère-enfant, sont rapportés dans une référence sur quatre. Ces problèmes sont plus souvent associés à un besoin de suivi qu'à un risque de maltraitance. Des problèmes de santé physique de la mère ou de l'enfant — prématurité, poids de naissance inférieur à 2500 gr., fatigue de la mère, etc. — sont mentionnés dans 40,5% des références, ce qui constitue le type de problèmes le plus souvent mentionné. La littérature associe généralement ce type de problèmes à un risque accru d'abus ou de négligence de l'enfant mais également à des risques d'ordre médical, ce qui laisse planer l'ambiguïté quant à la nature du risque, médical ou social, qui polarise ici l'attention des infirmières et motive la référence. Enfin, une série de problèmes est clairement associée à un risque social: l'insuffisance du réseau de soutien (27,9% des références); la qualité de l'environnement familial ou social, plus particulièrement en référence à des problèmes de pauvreté (20,1% des références); les problèmes d'adaptation psychosociale notamment l'immaturité, l'instabilité, la dépression, le manque de jugement et les difficultés d'acceptation du nouveau-né (9% des références); les problèmes de toxicomanie (moins de 4% des références).

Tableau 2

Description des caractéristiques socio-démographiques et des caractéristiques associées à la naissance selon le statut de référence, pour toutes les parturientes (naissances vivantes) (1987)

	Référées (n = 677)	Non- référées (n = 2887)	Tests de signification		
Caractéristiques socio-démographiques					
âge moyen (années)	28,0	29,3	t=5,3	dl=877,5	p<,0001
% de célibataires	32,8%	9,4%	X ² =250,9	dl=1	p<,0001
Scolarité moyenne (années)	12,4	13,5	t=7,5	dl=3137	p<,0001
% d'origine ethnique autre que canadienne	42,8%	34,6%	X ² =14,4	dl=1	p<,0001
Caractéristiques de la naissance					
% de primipares	53,3%	39,5%	X ² =42,8	dl=1	p<,0001
Poids moyen du bébé à la naissance (kg)	2,98	3,42	t=13,7	dl=813,1	p<,0001
% des bébés de moins de 2,5 kg	23,5%	3,6%	X ² =317,3	dl=1	p<,0001
Durée moyenne de gestation (mois)	8,77	9,13	t=11,2	dl=750,6	p<,0001
% de prématurité (moins de 33 sem.)	11,0%	1,2%	X ² =170,7	dl=1	p<,0001

La comparaison des clientes référées et des non-référées selon les principales caractéristiques socio-démographiques des mères et selon les caractéristiques de la naissance complète le portrait qui se dégage de l'analyse des problèmes signalés. Les analyses présentées au tableau 2 démontrent que les deux groupes sont significativement différents tant au plan socio-démographique qu'en ce qui concerne les caractéristiques de la naissance.

Une analyse de régression logistique a été menée pour identifier, parmi ces caractéristiques, celles prédisant la référence (non référée = 0; référée = 1). Toutes ces caractéristiques ont été intégrées dans une première analyse. L'âge de la mère s'étant révélé un prédicteur non significatif de la référence (p = 0,8237), cette variable a été retirée du modèle et l'analyse reprise. Ce sont les résultats de cette deuxième analyse qui sont présentés au tableau 3.

Les caractéristiques les plus déterminantes de la référence sont: le statut civil, être célibataire au sens légal multipliant par 4,3 la probabilité d'être référée; la parité, être primipare doublant la probabilité d'être référée; l'ethnie, être non canadienne multipliant par 1,7 la probabilité d'être référée. Certaines caractéristiques semblent au contraire avoir un effet protecteur.

Tableau 3
 Résultats d'un modèle prédictif de la présence ou de l'absence
 de la référence (régression logistique)

	B	S.E.	dl	Sig.	R	Ratio de Côte (Exp (B))
Célibataire	1,4606	,1294	1	,0000	,2123	4,3086
Poids à la naissance	-,8509	,1222	1	,0000	-,1293	,4270
Durée de la gestation	-,4258	,1349	1	,0016	-,0535	,6532
Scolarité	-,0891	,0174	1	,0000	-,0934	,9148
Primiparité	,7165	,1090	1	,0000	,1216	2,0478
Ethnie	,5304	,1121	1	,0000	,0855	1,6995
Constante	5,3673	,9943	1	,0000		

- 2 loglikelihood = 2318,24 dl = 3006 p(,0000)

Le poids du bébé à la naissance, le nombre de semaines de gestation et le niveau de scolarité de la mère sont associés négativement au risque: un gain sur l'une ou l'autre de ces variables décroît sensiblement la probabilité d'être référée.

Trois principaux ensembles de facteurs de risque associés au dépistage et à la référence se dégagent donc de ces résultats. Le premier est centré sur la vulnérabilité du bébé au plan physique (faible poids ou prématuré). Le risque appréhendé peut dans ces cas être autant d'ordre médical que social. Le second fait ressortir certaines caractéristiques socio-démographiques des mères telles le célibat, l'ethnie et la scolarité. Ici, on peut s'interroger si ces résultats reflètent une plus grande vulnérabilité de ces groupes ou s'ils reflètent leur plus grande stigmatisation. Le dernier est orienté vers l'expérience maternelle et se révèle à travers la plus grande référence des primipares.

*Risque, dépistage et référence:
 la conception des infirmières*

Un hiatus important existe entre les objectifs du programme formulés par ses concepteurs et le discours des infirmières sur le dépistage. Alors que les premiers cherchent à mettre en place un programme de dépistage sensible et spécifique des mères et des familles présentant un risque élevé d'abuser ou de négliger leur enfant, au contraire, pour les secondes, référer est avant tout «émettre un doute». Comme l'explique l'une des infirmières rencontrées: «C'est difficile, on a pas toujours le temps. On est pas sûre, mais on fait quand même une référence». En ce qui concerne les risques de maltraitance, leur objectif est de tendre un filet de dépistage pour qu'aucune mère à risque n'y échappe. Une des infirmières déclare même que toutes les

mères devraient être référées. En fait, les infirmières se refusent à porter un jugement sur le risque et même à préciser la nature du danger qu'elles anticipent. Elles considèrent que ce n'est pas leur responsabilité. Les pratiques de dépistage sont dominées par la logique du soupçon et par l'idée que dans le doute, mieux faut référer. D'ailleurs, 43,7% des références demandent de «faire une visite contrôle à domicile».

Les critères de risque utilisés sont variés. Ils vont de caractéristiques socio-démographiques (telles le fait d'être célibataire, jeune ou immigrante) en passant par la situation financière du ménage, les besoins psychosociaux des mères (manque de support, mère dépressive) et le manque d'instruction ou de culture de la mère. Par ailleurs, il n'est pas nécessaire d'être suspecte pour être référée, il suffit de se sentir insécure face aux soins au bébé. À titre d'exemple, une mère qui pose beaucoup de questions, notamment sur l'allaitement, est considérée insécure. L'insécurité des nouvelles mères est présentée comme le principal facteur motivant la référence. Comme le rapporte une des infirmières rencontrées: «Ça on dit que c'est un risque parce qu'il faut être sûre que la femme a eu le teaching nécessaire pour prendre soin du bébé. Sinon, il peut y avoir des problèmes si la mère se sent incapable de tenir le bébé». Certaines infirmières disent référer systématiquement les primipares. Le programme se trouve donc en partie subverti pour suppléer à l'enseignement des soins au nouveau-né que les infirmières prodiguaient aux nouvelles mères et qu'elles n'ont plus le temps d'assurer.

Modalités et contexte de dépistage

Ces résultats s'interprètent en examinant comment se fait le dépistage, à partir de quel type d'informations une mère est jugée suspecte. La prémisses de ce type de programme est, rappelons-le, que l'infirmière observe la nouvelle mère, les nouveaux parents et leur interaction avec le bébé. Théoriquement, le dépistage se fonde sur le rapport mère/infirmière. Or, pour diverses raisons sur lesquelles nous reviendrons, une mère peut aussi être jugée suspecte sur la base de caractéristiques non observées. Les infirmières rapportent utiliser le dossier hospitalier pour identifier les mères à référer. Dans ces cas, un statut de célibataire est associé à l'absence de conjoint; celui d'immigrante est associé à l'isolement; au jeune âge est attribué une incapacité parentale. Une telle utilisation de données administratives favorise la stigmatisation de certains sous-groupes sociaux. Ces pratiques de dépistage sont loin d'être marginales: plusieurs des infirmières rencontrées dénoncent le mythe selon lequel les infirmières disposent du temps nécessaire pour observer l'interaction mère-enfant et disent référer systématiquement les jeunes mères, les mères célibataires et les immigrantes.

Les pratiques où certains sous-groupes se trouvent d'emblée orientés vers une filière de suivi ne résultent pas seulement d'une méconnaissance

de la problématique par les infirmières et d'un jugement idiosyncratique de leur part. Plusieurs autres facteurs contribuent à supporter ce type de pratique. Un de ceux-ci réside dans l'organisation du travail infirmier au département d'obstétrique. La dernière décennie a connu une rationalisation et une intensification du travail infirmier en milieu hospitalier, poussées à un tel niveau que plusieurs parlent de déshumanisation des soins. Pour pallier à cette déshumanisation, des départements hospitaliers ont adopté un système de «soins intégraux» (primary nursing) où la division du travail entre les infirmières repose sur la répartition des patientes plutôt que sur celle des tâches. L'infirmière se trouve donc responsable de tous les soins à ses patientes. Cette approche de nursing favoriserait un meilleur contact entre l'infirmière et la patiente. Théoriquement, cette organisation du travail est favorable à la bonne marche d'un programme de dépistage puisqu'elle permet à l'infirmière d'observer l'interaction mère-enfant et d'établir une relation de confiance avec ses patientes. Toutefois, plusieurs éléments font obstacle à cet idéal. En premier lieu, les politiques de gestion du travail infirmier ont favorisé le développement du travail à temps partiel. Ainsi, en 1988 au moment où cette étude a été réalisée, 43,1% du personnel infirmier du département d'obstétrique a un statut de temps partiel. Cette situation accentue la rotation du personnel auprès de la patiente au cours de son séjour, ce qui réduit le temps d'observation et d'interaction avec une même infirmière. Ce problème est encore accentué par l'abrègement des séjours hospitaliers. À titre indicatif, le séjour moyen des parturientes (incluant l'accouchement) était de 72,2 heures en 1987.

La forte rotation du personnel et la courte durée des séjours a une double implication sur le programme de dépistage et de référence. En premier lieu, une réelle évaluation des capacités parentales en post-partum est utopique. Les entrevues avec les infirmières d'obstétrique font clairement ressortir la contradiction entre la pratique et l'argumentation développées pour implanter ce type de programme, à savoir qu'il s'agit d'un lieu et d'un moment privilégiés pour observer l'interaction mère-enfant. En second lieu, ces nouvelles conditions ne permettent plus aux infirmières d'apporter la supervision nécessaire pour initier les nouvelles mères aux soins à donner aux bébés. Les infirmières ayant, selon leur définition de tâche, la responsabilité d'orienter la clientèle vers les ressources appropriées, elles utilisent le programme pour orienter ces mères vers les ressources susceptibles de leur apporter du soutien. Les pratiques de référence se construisent donc également en fonction des obligations et responsabilités professionnelles des infirmières en ce qui concerne l'initiation des nouvelles mères aux soins du bébé et non seulement en fonction des critères *a priori* proposés par les grilles de dépistage.

Un autre élément de contexte réside dans la responsabilité légale du milieu hospitalier et des professionnels de la santé face aux cas d'abus et de négligence: la loi de la protection de la jeunesse oblige les professionnels à signaler tous les cas au directeur de la protection de la jeunesse. Cette obligation légale est très différente de l'idée de prévention véhiculée par le programme. Toutefois, l'hôpital ne peut se permettre qu'un bébé quittant l'hôpital se retrouve en danger sans être soupçonné de ne pas avoir fait les démarches nécessaires à sa protection. C'est d'ailleurs le décès d'un bébé à l'âge d'un mois, suite à la négligence parentale dont ni l'hôpital ni les services sociaux n'avaient appréhendé le danger pour cet enfant, qui a donné son orientation au programme. Du point de vue de l'hôpital, le seul risque tolérable est le risque nul, de manière à dédouaner complètement la responsabilité de l'hôpital en cas de survenue ultérieure d'abus ou négligence de l'enfant. Dans cette logique, le dépistage ne cherche pas à être sensible. Au contraire, il se veut très large. Le dépistage et la prise en charge relevant d'organisations distinctes, il n'y a pas de conséquences pour l'hôpital à référer sans raison. Au contraire, si le passage à l'acte se produit sans que l'hôpital ait référé, alors sa responsabilité morale, voire même légale, peut se trouver engagée. Une seconde rationalité au dépistage et à la référence s'est donc imposée, non plus fondée sur les besoins des individus à référer mais sur ceux de l'organisation à se protéger. Dans cette rationalité des consignes sont données aux infirmières par leur supérieure hiérarchique pour qu'elles réfèrent systématiquement les mères de moins de vingt ans et les célibataires. Ce ne sont plus des individus qui sont référés, mais certaines particularités. On pourrait parler ici de stigmatisation institutionnelle.

Discussion et conclusion

Les pratiques effectives de dépistage se révèlent très différentes de celles inscrites dans le programme par ses concepteurs:

- Les modalités de dépistage ne sont pas respectées: la grille proposée n'est pas utilisée, la consultation des dossiers se substitue à l'observation systématique des parturientes. Certaines pratiques de dépistage pourraient même être qualifiées de stigmatisation dans la mesure où l'appartenance à des catégories particulières suffit à générer une information additionnelle sur la personne, sans vérifier le fondement individuel de cette information.
- Les pratiques de dépistage ne se construisent pas à partir de l'expertise clinique des infirmières puisque celles-ci insistent toutes sur le fait qu'elles n'ont pas la compétence clinique pour dépister les risques de maltraitance, qu'elles ne reçoivent aucune formation spécifique dans le cadre du programme et qu'elles n'ont pas non plus suffisamment de temps pour observer et faire une évaluation psychosociale des patientes.

- Le risque dépisté n'est que marginalement le risque visé par le programme. Le programme de dépistage et de référence, tel qu'il a cours au moment de l'étude, s'est profondément éloigné de la rationalité de ceux qui l'ont conçu. Construit pour permettre un dépistage précoce et sensible des mères à risque de maltraitance et pour déclencher l'intervention rapide des services sociaux, le programme s'est réorienté, d'une part, vers la référence quasi-systématique des cas présentant des particularités considérées à risque et, d'autre part, vers le transfert à la communauté de l'initiation des mères insécures aux soins au bébé.

L'hôpital, du moins dans ce cas particulier, est loin de constituer un lieu privilégié pour observer l'interaction mère/enfant, comme le postulent les tenants de ces pratiques de dépistage. En ce qui concerne le dépistage du risque de maltraitance, la mutation qu'a connue le programme fait que le dépistage tend de plus en plus à s'éloigner du risque et des individus qu'il identifie pour devenir plutôt un marqueur des sous-groupes plus vulnérables au risque. Mais plus fondamentalement, le programme se trouve en grande partie détourné de ses objectifs et de ses fins par les infirmières qui l'utilisent comme une filière de référence tout azimuts, peu importe la nature du problème nécessitant un suivi ou un contrôle post-hospitalier.

L'étude de cas montre bien les difficultés à imposer une conception consensuelle du risque, du dépistage et de la référence. Ces difficultés sont accrues lorsque cette conception tend à s'imposer de l'extérieur. Peu importe la qualité de l'outil proposé, ces programmes risquent fort d'être détournés en fonction des problèmes que le milieu d'implantation a à résoudre, reléguant au second plan les préoccupations des acteurs externes. Pour ces derniers, le problème est la maltraitance, mais pour les infirmières, il est principalement le manque d'assurance des nouvelles mères et pour l'hôpital, il est sa responsabilité en cas de survenue de problèmes ultérieurs. Dans le cas étudié, une rationalité organisationnelle s'est substituée aux préoccupations individualisantes des concepteurs. Cette nouvelle rationalité oriente vers un dépistage de masse en opposition à ce qui était visé par les concepteurs.

Ces résultats nous amènent à questionner l'acharnement à construire des grilles de dépistage qui soient sensibles et spécifiques si cette conceptualisation ne s'étend pas au processus de dépistage. L'outil doit non seulement être adapté à la clientèle à dépister mais également à ceux et celles responsables de son application, à leur compétence clinique concernant les problèmes à dépister et aux contraintes organisationnelles et professionnelles dans lesquels le dépistage s'inscrit. La polarisation sur les outils sert d'écran pour occulter les dynamiques sociales à l'oeuvre dans le dépistage. Ces dernières ne se réduisent pas à un rapport entre la parturiente et l'infirmière. Ce rapport s'est même avéré trop rapide et superficiel pour servir de support

au dépistage. Parler du jugement idiosyncratique des infirmières, comme le suggère Sommerfeld et Hughes,²⁷ nous apparaît fort réducteur des processus sociaux à travers lesquels se construisent les pratiques de dépistage. Les pratiques de dépistage se structurent dans un monde beaucoup plus complexe où interviennent non seulement les besoins des parturientes mais aussi les intérêts et les obligations professionnels des infirmières de même que les contraintes organisationnelles.

Plus largement, ces résultats amènent à s'interroger sur la pertinence sociale de ce type de programme de dépistage. Centrées sur des particularités des individus facilement observables, les pratiques de dépistage sont stigmatisantes pour certains sous-groupes et sont peu sensibles aux événements ou aux situations susceptibles de présenter un plus grand risque; orientées vers l'insécurité des nouvelles mères, elles perdent de vue les objectifs réels du programme. En ce qui concerne le risque de maltraitance, ces pratiques sont en soi génératrices de faux positifs, de dépistage et de référence de cas qui ne sont pas à risque, ce qui, pour Altemeier et al.,⁸ questionne la raison d'être de tels programmes.

La séparation institutionnelle entre le dépistage et la prise en charge pose avec plus d'acuité encore cette question de pertinence. Pour être crédibles du point de vue de ceux qui les reçoivent, les références doivent être sensibles et spécifiques, pour reprendre l'expression de Emerson⁹ elles doivent reposer sur de vrais raisons ("real reasons" for referrals). Les références effectuées dans le cas étudié n'ont pas cette crédibilité et ne contribuent pas à inscrire les mères référées dans des filières de services et à modifier leur trajectoire dans les services.³⁰ Cette coupure entre les références et le déploiement de services est probablement heureuse puisqu'il n'est pas évident que les mères référées présentent des besoins individuels particuliers. Mais, en l'absence de répercussions pour les mères dépistées, les raisons organisationnelles sont-elles suffisantes pour justifier le maintien d'un tel programme? Qui de tels programmes protègent-ils: l'individu ou l'hôpital?

NOTES

1. Helfer, R.E. (1987). The perinatal period, a window of opportunity for enhancing parent-enfant communication: An approach to prevention. *Child Abuse and Neglect*, 11, 565-579.
2. Girodet, D. (1984). Dépistage et prévention des mauvais traitements en maternité. *Soins*, 424, 25-30.
3. Lynch, M.A. & Roberts, J. (1977). Predicting child abuse: Signs of bonding failure in the maternity hospital. *British Medical Journal*, 1, 624-626.
4. Adler, R., Hayes, M., Nolan, M., Lewin, T. & Paphael, B. (1991). Antenatal prediction of mother-infant difficulties. *Child Abuse and Neglect*, 15, 351-361.
5. Strauss, P. & Manciaux, M. (1982). *L'enfant Maltraité*. Paris: Ed. Fleurus.

6. Egan, T.G., Mohaghan, S.M., Muir, R.C., Gilmore, R.J., Clarkson, J.E. & Crooks, T.J. (1990). Prenatal screening of pregnant mothers for parenting difficulties: final results from the Queen Mary child care unit. *Social Science and Medecine*, 30(3), 289-295.
7. Monaghan, S.M. (1981). Obstetrics and the family: Identification of mothers at risk for parenting failure, and methods of support. *Child Abuse and Neglect*, 5, 27-32.
8. Altemeier, W.A., O'Connor, S., Vietze, P., Sandler, H. & Sherrod, K. (1984). Prediction of child abuse: A prospective study of feasibility. *Child Abuse and Neglect*, 8, 393-400.
9. Emerson, R.M. (1991). Case processing and interorganizational knowledge: detecting the "real reasons" for referrals. *Social Problems*, 38 (2), 198-212.
10. Murphy, S., Orkow & Nicola, R.M. (1985). Prenatal prediction of child abuse and neglect: A prospective study. *Child Abuse and Neglect*, 9, 225-235.
11. Castel, R. (1983). De la dangerosité au risque. *Actes de la Recherche en sciences sociales*, 47-48, 119-127.
12. Douglas, M. & Wildasky, A. (1982). *Risk and Culture*. Berkeley: University of California Press.
13. Murphy, J.W. & Pilotta, J.J. (1987). Research note: Identifying "at risk" persons in community based research. *Sociology of Health and Illness*, 9, 62-75.
14. Douglas, M. (1985). *Risk Acceptability According to Social Sciences*. New York: Russell Sage Foundation.
15. Walker, E., Downey, G. & Nightingale, N. (1989). The Nonorthogonal nature of risk factors: Implications for research on the causes of maladjustment. *Journal of Primary Prevention*, 9, 143-163.
16. Bouchard, C. (1984). Prétendre prévenir. *Revue Internationale d'Action Communautaire*, 11, 21-27.
17. Deschamps, J.-P. (1985). Familles vulnérables, familles du quart monde. *Sauv. Enf.*, 4, 471-475.
18. Becker, H. S. (1985). *Outsiders*. Paris, Métailié.
19. DeVellis, B.M., Wallston, B.S. & Wallston, K.A. (1980). Stereotyping: A threat to individualized patient care. In M.H. Miller & B. Flynn (eds). *Current Perspectives in Nursing: Social Issues and Trends*. vol. 2. St-Louis: Mosby.
20. DeVellis, B.M, Adams, J.L., DeVellis, R.F. (1984). Effects of information on patient stereotyping. *Research in Nursing and Health*, 7, 237-244.
21. Krowchuk, H.K. (1989). Child abuser stereotypes: Consensus among clinicians. *Applied Nursing Research*, 2 (1), 35-39.
22. Plotkin, R.C., Azar, S., Twentyman, C.T. & Perri, M.G. (1981). A critical evaluation of the research methodology employed in the investigation of causative factors of child abuse and neglect. *Child Abuse and Neglect*, 5, 449-455.
23. Jeliu, G. (1979). Facteurs de vulnérabilité et prévention psychosociale en pédiatrie. *L'Union Médicale du Canada*, 108, 1273-1283.

24. Klaus, M.H. & Kennell, J. (1982). *Parent-infant Bonding*, (2nd ed.), St-Louis: CV Mosby Co.
 25. Benedict, M.I., White, R.B. & Cornely, D.A. (1985). Maternal perinatal risk factors and child abuse. *Child Abuse and Neglect*, 9, 217-224.
 26. Egeland, B. & Vaughn, B. (1981). Failure of "bond formation" as a cause of abuse, neglect and maltreatment. *American Journal of Orthopsychiatry*, 18, 78-84.
 27. Sommerfeld, D.P. & Hugues, J.R. (1987). Do health professionals agree on the parenting potential of pregnant women. *Social Sciences and Medicine*, 24, 285-288.
 28. Garfinkel, H. (1967). *Studies in Ethnomethodology*. Englewood, New-Jersey: Prentice Hall.
 29. Dans les analyses, l'âge de la mère a été divisé par 5 de manière à réduire l'amplitude (minimum-maximum) de cette variable. La variable statut civil, qui fait référence au statut légal et non au statut de fait, a été dichotomisée selon que les mères sont ou non célibataires. La scolarité a été traitée selon le nombre d'années complétées telle qu'inscrite au fichier des naissances. L'origine ethnique a été regroupée en deux catégories, les mères nées au Canada et celles nées ailleurs. Le poids a été traité en kilogramme et le nombre de semaines de gestation a été recodé en mois (divisé par 4.3) de manière à réduire l'amplitude (minimum-maximum) de ces variables. La parité a été recodée pour distinguer les primipares (premier enfant vivant) des multipares.
 30. Demers, A. (1989). *Rapport d'évaluation du programme de liaison en obstétrique*. Montréal: Département de santé communautaire, Hôpital général de Montréal.
-
-