
ETAPE

ENSEMBLE TRAVAILLONS AUTOUR DE LA PETITE ENFANCE



RAPPORT DE RECHERCHE

Décembre 2008

LES FONDEMENTS D'UNE INTERVENTION PRÉCOCE

Stéphanie Bednarek, Gaëtan Absil, Chantal Vandoorne, Sophie Lachaussée, Marc Vanmeerbeek

SOMMAIRE

1	Questionnement initial.....	4
1.1	Littérature.....	4
1.2	Evaluation.....	5
2	Que nous dit la littérature ?.....	6
2.1	Le phénomène de négligence et ses conséquences	6
2.1.1	Définitions de la négligence.....	6
2.1.2	Facteurs de risque	7
2.1.3	Les conséquences de la négligence	9
2.1.4	Le niveau parental	12
2.1.5	la résilience	16
2.2	Intervenir durant les premières années de la vie ? Le point de vue des neurosciences ...	17
2.2.1	Généralités : le développement neuronal	18
2.2.2	Négligence et neurones	18
2.2.3	Les interventions précoces du point de vue des neurosciences	19
2.2.4	Période sensible vs plasticité cérébrale : justification des interventions ?	20
2.3	Les interventions précoces : sur le terrain	21
2.3.1	Expériences précédentes : résultats et questionnements	22
2.3.2	Les interventions à domicile	25
2.3.3	Qualité et procédure des interventions	31
2.3.4	L'utilisation du massage comme technique d'intervention	38
3	ETAPE, pas à pas vers l'évaluation.....	41
3.1	Prémices : qualité du programme	41
3.1.1	Quint-essenz	42
3.1.2	réflexion sur les objectifs d'étape	44
3.1.3	une théorie de l'action	46
3.1.4	Redéfinition du cadre d'ETAPE	48
3.1.5	Méthodologie d'évaluation	53
3.2	L'évaluation du processus	53

3.2.1	Qualité du recrutement : Pucés à l'oreille	53
3.2.2	Qualité de la prise en charge	55
3.2.3	Caractéristiques de la prise en charge	56
3.2.4	Evolution du volume de travail	56
3.3	L'évaluation des résultats	56
3.3.1	Evolution des aptitudes de l'enfant	56
3.3.2	adéquation de la dyade parent-enfant.....	56
3.3.3	compétences du (des) parent(s).....	57
4	Conclusion	67
	Bibliographie.....	69
	Annexe.....	73
	Exemples concernant la recherche bibliographique	73

1 QUESTIONNEMENT INITIAL

1.1 LITTÉRATURE

La lecture du projet du Prof. Hainaut nous a permis de retourner à la source, aux origines du programme ETAPE. Le but premier de ce rapport est d'en remettre à jour les fondements théoriques. Pour ce faire, un questionnement initial a eu lieu, pour cibler les niveaux d'interventions et vérifier le bien-fondé de chaque étape de l'intervention.

Les questions de départ ont été les suivantes :

1. Quels sont les facteurs de risque à prendre en compte lors du repérage d'une situation de négligence ?
2. Quelles peuvent être les conséquences de négligences durant la petite enfance?

Ce qui nous mène à la question neurophysiologique :

3. Que nous disent les sciences concernant le développement neuronal et synaptique durant les premières années de la vie ?
4. Jusqu'à quel moment l'enfant garde-t-il une plasticité cérébrale maximale ?
5. La période sensible concernant le développement cérébral de l'enfant est-elle limitée à 36 mois ?
6. Après la fin de cette période, y a-t-il une récupération totale possible ?

Cela nous mène alors aux méthodes à utiliser chez le jeune enfant pour pallier voire prévenir les éventuelles conséquences néfastes de la négligence.

7. Une stimulation psychomotrice régulière serait une solution valable en tant qu'intervention précoce ? Est-ce suffisant ?
8. Quel est le rôle du relationnel dans cette intervention ?
9. Quels types de programmes ont été réalisés ces dernières années ?
 - a. Avec quels critères d'inclusion? Avec quelles méthodologies ?
 - b. Y a-t-il des avantages réels aux interventions à domicile ? Quels en sont les désavantages auxquels il serait possible d'éventuellement pallier ?
 - c. Existerait-il une durée optimale d'intervention ?
 - d. Quels objectifs ont été évalués, et avec quels outils?

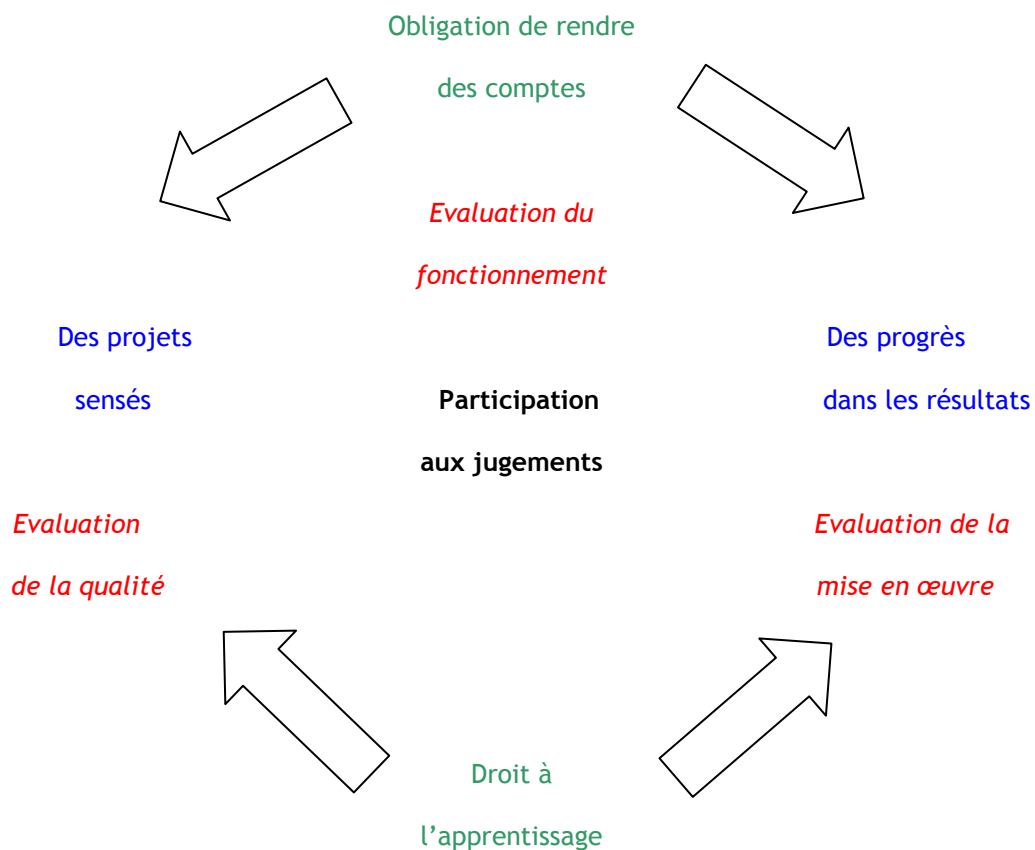
Les recherches bibliographiques ont été menées dans les bases de données PsycInfo, Medline, Science Direct. Les tableaux en annexe 1 mettent en évidence les mots-clés utilisés ainsi que les étapes de la recherche documentaire.

1.2 EVALUATION

Différentes questions se posaient :

- Pourquoi évaluer ?
- Quels aspects de l'intervention faut-il évaluer ?
- Comment les évaluer ?
- Quels acteurs faire intervenir au cours de cette évaluation ?

Le schéma de G. Forget nous a semblé être un bon point de départ pour l'évaluation ; la partie 3 de ce rapport s'attellera à le montrer. Cette évaluation est multidimensionnelle. L'évaluation des résultats est une partie importante, cependant, comme l'illustre ce schéma, elle n'est pas seule envisageable. Quel est l'intérêt de mesurer les effets d'un programme non pertinent ? La pertinence, la qualité d'un projet n'est pas uniquement théorique. Une intervention qui est théoriquement solide peut être confrontée à une population qui n'y est pas réceptive, etc. Cet aspect de la réalité de terrain sera à prendre en compte.



G. Forget (Paris, 2000)

2 QUE NOUS DIT LA LITTÉRATURE ?

2.1 LE PHÉNOMÈNE DE NÉGLIGENCE ET SES CONSÉQUENCES

2.1.1 DÉFINITIONS DE LA NÉGLIGENCE

BOX 1 : DÉFINITIONS DE LA NÉGLIGENCE

La négligence est un phénomène qui a, lui-même, été longtemps négligé. Une définition claire et unanime n'a pas encore été trouvée. Toutefois, différents types de négligences ont été répertoriés : physiques, médicales, émotionnelles et éducationnelles.

La littérature est unanime pour dire que la négligence est la forme la plus commune de maltraitance. Elle est en même temps celle qui a été la moins étudiée, d'où l'expression « the neglect of neglect ». Les raisons invoquées pour ce manque d'attention sont reprises dans le rapport intitulé « La négligence à l'égard des enfants : Définitions et modèles actuels, examen de la recherche portant sur la négligence à l'égard des enfants 1993-1998 » :

- A. Certaines personnes croient que la négligence n'entraîne pas de conséquences graves ;
- B. Nombre de personnes croient qu'il est inapproprié de juger les parents qui font preuve de négligence en raison de leur pauvreté ;
- C. Certaines personnes sont réticentes à s'engager dans le domaine de la négligence parce que le problème semble insurmontable ;
- D. Certaines personnes trouvent qu'il est plus urgent de s'occuper d'autres formes de mauvais traitements ;
- E. L'ambiguïté et le manque de précision entourant ce qui constitue de la négligence causent de la confusion ;
- F. La négligence envers les enfants suscite des sentiments négatifs. (Dubowitz 1994), (O. Barnett et al. 1997, p. 109).

« La négligence de la négligence » est vue en partie comme le résultat d'un manque de clarté dans la définition, ce qui encourage la tendance chez les chercheurs à confondre la notion de violence faite aux enfants avec celle de négligence. (...) On note un consensus de plus en plus important selon lequel chacune de ces formes de mauvais traitement nécessite une intervention particulière et différente pour en traiter les effets et pour éviter que ces mauvais traitements ne surviennent et ensuite se reproduisent ». Il ressort donc ici l'importance de prendre le temps de définir ce que nous entendons par négligence. Il semble également que ce soit pour cette forme de maltraitance que l'efficacité des interventions est la moins clairement établie (Dufour & Chamberland, 2004). Zuravin écrivait en 1999 que depuis que la négligence a été établie comme étant un type de maltraitance, elle ne recevait que peu d'attention.

Parmi les définitions actuelles, nous trouvons celle de Gaudin (1993a, 1993b) : « Une situation dans laquelle le responsable de l'enfant, de façon délibérée ou en raison d'une inattention inhabituelle, lui fait éprouver des souffrances réelles évitables et/ou ne lui donne pas un ou plusieurs des ingrédients généralement considérés essentiels au développement des capacités physiques, intellectuelles et émotives d'une personne ». « La négligence envers les enfants est le terme le plus souvent utilisé pour décrire l'incapacité des parents ou du responsable de l'enfant d'assurer à celui-ci des soins de santé; de le surveiller; de lui assurer une alimentation saine; de

veiller à son hygiène personnelle; de lui manifester de l'affection; de l'éduquer; ou de lui assurer un logement sécurisé. Cette définition comprend également l'abandon ou l'expulsion d'un enfant, ainsi que différentes formes d'inattention aux besoins de celui-ci ».

Zuravin et DePanfilis (1997) définissent la négligence d'enfants comme une défaillance (intentionnelle ou par omission) du premier caregiver pour apporter à l'enfant les soins de base nécessaires : nourriture, abri, vêtements, soins médicaux et de santé mentale, d'éducation et de supervision de ses activités.

Le National Clearinghouse on Child Abuse and Neglect Information (2004) différencie quatre types de négligences : physiques, médicales (omission de soins, refus de traitement), éducationnelles et émotionnelles. Par négligence physique, Hegar et Yungman par exemple, entendent la privation d'éléments de première nécessité, tels que les vêtements, le logement, l'hygiène. La négligence affective revêt l'absence d'attention, de démonstration affective, de tendresse et d'encouragement ; finalement pour ce qui est de la négligence éducationnelle, il s'agit par exemple d'inconstance dans les attitudes éducatives, manque de stimulations, d'une insuffisance d'encadrement, etc.

2.1.2 FACTEURS DE RISQUE

Rutter (1990) a démontré qu'un facteur de risque isolé n'était pas péjoratif pour un enfant ; cependant à partir de deux facteurs, le risque de développer des conséquences négatives ou des séquelles est multiplié par quatre par rapport aux enfants n'ayant qu'un facteur de risque ou aucun.

BOX 2 : FACTEURS DE RISQUE

La pauvreté est un facteur de risque fréquemment lié à la négligence ; il est important de noter que ce facteur, s'il influence l'occurrence de la négligence, ne le fait que de manière indirecte. D'autres facteurs de risque en lien avec la pauvreté sont plus à prendre en compte : un logement de faible qualité, plus bruyant, plus peuplé, plus de facteurs de stress psycho-sociaux tels qu'une grande agitation familiale, de plus hauts niveaux de violence familiale, de séparation parent-enfant.

Parmi les facteurs de risque, se retrouvent majoritairement dans la littérature : abus de substances, le fait qu'il existe au sein de cette famille une violence domestique, et qu'il y ait dans le passé du parent une histoire de maltraitance ou de négligence. La question concernant l'influence de la présence du père se pose encore.

2.1.2.1 LA PAUVRETÉ

La **pauvreté** semble liée à la maltraitance et à la négligence, mais il y a très peu de définitions claires de ce concept. Carter et Myers (2007) examinent la pauvreté au travers de variables telles que les revenus annuels de la famille, le fait de recevoir telle ou telle aide sociale (Medicaid, etc.). Même si certaines études ont mis en évidence une association entre la négligence d'enfants et les faibles revenus (Brown, Cohen, Johnson, & Salzinger, 1998 ; Chaffin, Kelleher, & Hollenberg, 1996), ce lien n'est pas direct. Suite à leur étude, Scannapieco et Connell-Carrick (2005) trouvent que les familles négligentes, ainsi que celles au sein desquelles surviennent des maltraitements physiques, vivaient dans des environnements plus défavorables que ceux des familles contrôles, avec plus de stressseurs, plus de dangers. Seul le phénomène de négligence a été mis en lien avec le faible niveau des revenus financiers.

Toutefois, si la pauvreté semble être un facteur de risque à ne pas « négliger », il est important de souligner que celui-ci n'explique pas à lui seul le phénomène. La majorité des parents « pauvres » ne négligent pas leurs enfants. D'autres facteurs ou situations stressantes liés à la

pauvreté pourraient expliquer l'association entre celle-ci et le phénomène de négligence (Dubowitz, Papa, & Starr, 2002). La pauvreté pourrait indirectement causer un stress parental important, une mauvaise santé, des divorces, ainsi que le fait d'élever son enfant dans une communauté plus à risque. Evans et English (2002) trouvent suite à leur étude que les personnes vivant au sein d'un environnement « pauvre » sont exposées à plus de facteurs de stress physiques et sociaux cumulés. Les enfants vivant au sein d'un milieu socio-économique défavorisé sont confrontés à un logement de faible qualité, plus bruyant, plus peuplé et expérimentent plus de stressseurs psycho-sociaux tels qu'une grande agitation familiale, de plus hauts niveaux de violence familiale, de séparation parent-enfant. Vivre dans un endroit peuplé et bruyant rend les parents moins sensibles aux demandes et signaux envoyés par leur(s) enfant(s) (Bradeley & caldwell, 1984 ; Evans, Maxwell, & Hart, 1999 ; Matheny, Wachs, ludwig, & philips, 1995 ; Wachs, 1989 ; Wachs & Camli, 1991).

2.1.2.2 LES CARACTÉRISTIQUES PARENTALES

Parmi les *caractéristiques parentales* qui pourraient être liées à la maltraitance d'enfants, sont inclus : un passé avec les services de protection de l'enfance (Shook, 1999), le nombre d'enfants au domicile, le statut marital (célibataire) (Sedlak & Broadhurst, 1996), le jeune âge de la mère (Lee & George, 1999), l'éducation des parents (Brown et al., 1998), les problèmes de santé mentale (Coohey, 1998), l'abus de substances (Albert & Barth, 1996 ; Sun, Shilington, Hohman, & Jones, 2001), la violence domestique (Osofsky, 2003), et la santé physique (Coohey, 1998). Il semblerait que les enfants en dessous de 3 ans ainsi que les petites filles soient plus à risque de vivre des négligences (Sedlk & Broadhurst, 1996 ; U.S. Department of Health and Human Services, 2004, 2005). Une étude du National Center on Addiction and Substance Abuse (1999) rapporte que les enfants dont les parents se sont drogués étaient 4 fois plus à risque de subir des négligences que des enfants dont les parents ne se droguaient pas.

Carter et Myers (2007) trouvent dans leur étude que lorsque le caregiver principal a des problèmes de santé mentale ou qu'il abuse de certaines substances, les enfants ont plus de risque d'être négligés physiquement. Ceci est en accord avec l'étude de Scannapieco et Connell-Carrick (2005) selon laquelle au sein des familles négligentes se retrouvent plus fréquemment des personnes avec moins de capacités parenting, plus de dépression qu'au sein du groupe contrôle (Chaffin et al., 1996 ; Coohey, 1998 ; Gaudin, Polansky, Kilpatrick, & Shilton, 1993 ; Zuravin & DiBlasio, 1996) tentative de suicide, troubles mentaux ainsi qu'abus de substances. Ces deux facteurs devraient être évalués en début de prise en charge pour cause de négligence.

Parmi les facteurs de risque, se retrouvent majoritairement dans la littérature : abus de substances (English, Marshall, Brummel, & Orme, 1999), le fait qu'il existe au sein de cette famille une violence domestique (McGuigan & Pratt, 2001), et qu'il y ait dans le passé du parent une histoire de maltraitance ou de négligence (English et al., 1999, Scannapieco, & Connell-Carrick, 2005). La présence de ces facteurs semble entraîner un risque plus important de maltraitance ou de négligence par rapport aux familles où ces caractéristiques sont absentes.

Scannapieco et Chen se sont intéressés à ces facteurs en lien avec les résultats des interventions précoces. Il ressort que la violence domestique à l'intérieure d'une famille est bien un facteur de risque important concernant l'occurrence de maltraitance/négligence à enfant. Cela confirme d'autres études (Fantuzzo, Boruch, Beriama, Atkins, & Marcus, 1997). Il a également été trouvé que la violence domestique durant les 6 premiers mois de la vie de l'enfant est significativement liée à l'occurrence de maltraitance sur l'enfant jusqu'à l'âge de 5 ans. Cette étude met en évidence que le fait d'avoir une bonne relation parent-enfant est significativement lié à un risque moindre de maltraitance.

Autrement dit, une bonne relation parent-enfant est un facteur de résilience (Thomlison, 2003). Il en est de même si le parent a une bonne connaissance et compétence parentale.

Toutefois, et cela est intéressant au niveau pratique, en fonction des effets d'interactions obtenus, les auteurs concluent leur recherche en disant que les programmes de prévention utilisant des interventions qui insistent sur l'amélioration du lien parent-enfant, la connaissance du caregiver ainsi que ses compétences pourraient ne pas aboutir à des résultats probants si ils sont appliqués à des familles où il y a une maltraitance sévère ou de la violence domestique importante.

2.1.2.3 LA PRÉSENCE DU PÈRE

La question concernant la *présence du père* comme un facteur de risque se pose encore. Selon Coohy et Zhang (2006), les caractéristiques de l'homme choisi comme partenaire par la mère jouent un rôle crucial dans la récurrence de la négligence. Les familles concernées par la négligence auraient des difficultés à reconnaître le problème ou à reconnaître leur responsabilité, le compagnon de la mère, qui ne serait pas le père biologique de tous les enfants, présenterait de sérieux problèmes de santé mentale ou d'abus de substances. D'un autre côté, cité par Dufour, S. (2007), Coohy (1995) remarque que, si le compagnon de la mère négligente fournirait moins de support instrumental (soin de l'enfant, etc.), il apporterait plus de soutien émotionnel que les pères du groupe contrôle. En ce sens, il pourrait constituer également un facteur de résilience dans certaines situations.

2.1.3 LES CONSÉQUENCES DE LA NÉGLIGENCE

BOX 3: CONSÉQUENCES DE LA NÉGLIGENCE

Les conséquences de la négligence, malgré ce qui a été longtemps pensé, peuvent être nombreuses et graves.

Le développement physique et neurophysiologique des enfants négligés peut être altéré via un manque de stimulations ou encore via un vécu de stress chronique modifiant la production de cortisol.

De fil en aiguille, peuvent apparaître un retard psychomoteur et un déficit cognitif (retard de langage, trouble de la concentration, etc.).

Ne bénéficiant pas d'interactions chaleureuses et adéquates avec le caregiver le fonctionnement émotionnel des enfants peut être également profondément touché ; leurs relations sociales sont à risque de devenir dysfonctionnelles, oscillant entre retrait et agressivité.

2.1.3.1 DÉVELOPPEMENT COGNITIF, NÉGLIGENCE ET *FAILURE TO THRIVE*

Sameroff et ses collaborateurs (1987) se sont intéressés aux facteurs de risque de la maltraitance en lien avec le développement cognitif ; ils ont conclu que plus il y a de facteurs de risque, moins les performances cognitives sont élevées. En 1993, une seconde étude portant sur la population de la première a été réalisée, confirmant cette première conclusion. Mackner, Starr et Black (1997), malgré quelques incertitudes méthodologiques trouvent également que les enfants (majoritairement américains avec racines africaines et âgés entre 3 et 30 mois) cumulant deux facteurs de risque de négligence présentent un fonctionnement cognitif moins bon que les autres enfants de l'étude. Ils ne mettent pas évidence de différence significative entre le groupe des enfants afro-américains avec faibles revenus présentant un seul facteur de risque et ceux du groupe contrôle. Pris séparément la négligence et la FTT (*Failure to Thrive*) auraient des effets similaires sur le fonctionnement cognitif mais les deux cumulés seraient significativement plus délétères pour le développement cognitif, d'où l'intérêt de ne pas les confondre.

Black, Dubowitz, Hutcheson, Berenson-Howard, et Starr (1995) ont trouvé que des interventions précoces à domicile et centrées sur la famille chez des enfants avec FTT prévenaient

le déclin du fonctionnement cognitif observé chez des enfants n'ayant pas bénéficié de ce type d'intervention.

Macker, Black et Starr (2003) ont investi du temps dans une étude prospective concernant le développement cognitif des enfants de 1 an et demi à 6 ans vivant dans la pauvreté et avec FTT. Il ressort que les enfants ayant vécu une FTT avaient un développement cognitif significativement plus bas que les enfants appariés en fonction de la situation de pauvreté mais n'ayant pas connu de FTT ; cela se voyait durant la petite enfance et l'âge préscolaire. Vers 5, 6 ans, ces enfants auraient récupérés. Cela serait explicable par leur croissance (récupération poids taille) ainsi que par la participation à une intervention précoce vers 4 ans à **Head Start**. Cependant, le développement cognitif reste sous la norme pour ces enfants vivant dans la pauvreté.

D'autres études, dont Dowdney et al. (1998) ont montré des séquelles à long terme, en fonction de la chronicité de la FTT et des négligences. En tous cas, il semble que les enfants avec FTT soient plus vulnérables aux effets d'une qualité de l'environnement pauvre ou moins capables de profiter d'un environnement enrichi. Pollit et al. (1993) suggèrent que les enfants ayant vécu des FTT pourraient être moins matures au niveau moteur et moins actifs que les autres sans FTT ainsi que moins capable d'explorer et d'apprendre de leur environnement. De plus, ces capacités « diminuées » pourraient entraîner le caregiver à opter pour des comportements appropriés pour un plus jeune enfant ce qui finalement résulterait en manque de stimulations humaines et environnementales.

Macker et al. (2003) concluent leur étude en rappelant que vers l'âge de 6 ans, les enfants vivant dans un contexte de pauvreté, avec ou sans vécu de FTT, présentent des scores aux tests cognitifs situés sous la moyenne. Cela est en accord avec les résultats d'études précédentes documentant le fait que les jeunes enfants des familles à faibles revenus sont vulnérables (Black, Hess, & Berenson-Howard, 2000), à risque de négligence, et que les enfants ayant vécu une situation de FTT le sont aussi. Donc, pour tous ces enfants en situation de pauvreté avec ou sans passé de FTT, ils soulignent l'importance des interventions précoces pour prévenir le déclin cognitif. Ces programmes d'intervention qui débutent durant la petite enfance sont particulièrement bénéfiques parce que le déclin cognitif chez ces enfants semble débiter autour de l'âge de 24 mois. Leurs recherches suggèrent qu'il est plus intéressant que ces interventions se déroulent à domicile et puissent influencer l'environnement de l'enfant.

Concernant le développement cognitif et moral des jeunes enfants ayant été négligés, Hildyard et Wolfe (2002) citent l'intéressant **Minnesota Mother-Child Project** ; cette étude longitudinale a suivi le développement de 267 enfants, premiers nés de mères identifiées à risque concernant le parenting. En comparaison avec les autres groupes de maltraitements, les jeunes enfants ayant été émotionnellement négligés entre 9 et 24 mois présentaient les déclinés à l'échelle de Bayley les plus dramatiques, passant d'un QD de 118 à un QD de 87 à 24 mois (Egeland & Sroufe, 1981). A 24 mois, les enfants ayant vécu une histoire de négligence physique étaient moins enthousiastes, plus frustrés, et en colère durant des tâches à résoudre que les autres enfants, quel que soit leur groupe. De même, Gowen (1993) a trouvé que l'adéquation de soins reçus par l'enfant prédit son QI ainsi que sa capacité à s'engager dans des jeux appropriés à son âge. A 12, 18, 24 et 36 mois, les enfants qui ont reçu des soins psychologiques inadéquats ont des QI plus bas que ceux ayant reçus des soins psychologiques adéquats.

2.1.3.2 LE NIVEAU RELATIONNEL ET ÉMOTIONNEL

BOX 4 : L'ATTACHEMENT

Il s'agit d'un processus complexe qui influence l'individu tout au long de sa vie. Dès les premiers mois le bébé crée des liens avec la figure maternelle (ou tout autre personne qui assure

les soins et la fonction maternelle). En fonction des interactions qui se développent entre eux, quatre types d'attachement ont été identifiés de manière fiable. L'attachement peut être de type différent en fonction de la personne (ex : attachement sécure avec la mère et insécure avec le père).

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

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

L'attachement angoissé évitant : l'enfant n'a aucune confiance dans le fait que, s'il cherche des soins, il lui sera répondu de manière utile, mais il s'attend au contraire à être repoussé. Il tente de vivre sa vie sans amour et sans soutien de la part des autres ; il essaie de se suffire à lui-même. Ce schème est la conséquence de rejets fréquents lorsque l'enfant cherche réconfort et protection.

L'attachement angoissé désorganisé - désorienté : l'enfant présente des comportements incohérents ; son comportement se fige par moment, en présence de sa figure d'attachement, ou bien le bébé agrippe le parent tout en s'éloignant avec le reste de son corps. Ce schème semble particulièrement fréquent chez les enfants victimes de mauvais traitements vécus durant la première année.

Le niveau relationnel ainsi que le niveau émotionnel sont fréquemment touchés. Les mères négligentes n'ont souvent elles-mêmes pas vécu de relation mère enfant positive permettant l'établissement d'un attachement sécure et présentent donc de grandes difficultés à le créer avec leur enfant. « La sécurité ou l'insécurité d'attachement conditionnent le niveau d'anxiété que ressent la personne au sein de ses relations interpersonnelles » (Miljkovitch et al., 2003). Ne percevant pas ou mal les signaux émis par l'enfant, comme c'est le cas des mères dépressives, les mères ne parviennent pas à créer des moments de synchronie, base d'un attachement sécure (Schore, 2002). Des troubles de l'attachement peuvent alors se développer chez l'enfant.

De nombreux auteurs ont montré que les négligences, et les maltraitements en général, menaient à une probabilité plus importante chez les enfants de développer un attachement de type insécure voire désorganisé. Ces enfants ayant vécu des soins traumatisants, insensibles, sans répondant, gardent souvent un modèle d'eux-mêmes négatifs. Selon Lynch et Cicchetti (1991), il semble que ces distorsions dans la relation avec le caregiver et les représentations que l'enfant s'est créées persistent dans le temps. Les enfants courent le risque de généraliser ces modèles aux relations futures : ils se perçoivent comme n'étant pas dignes d'être aimés et ils ont une image des autres comme étant indisponibles ou rejetants. Par exemple, Waldinger et al. (2001) ont trouvé que les enfants ayant été physiquement maltraités et ceux ayant été négligés ont tendance à se représenter comme en colère et s'opposant plus aux autres que les enfants n'ayant pas été maltraités. Les enfants ayant été négligés, en particulier, se représentent les autres comme blessés, tristes ou anxieux plus fréquemment que les autres groupes de maltraitance et ceux n'ayant pas été maltraités.

Les enfants d'âge préscolaire négligés auraient des problèmes de coping, seraient généralement confus face aux réactions émotionnelles des autres et seraient moins capables de

discriminer les émotions que les autres enfants, maltraités ou non (Pollack, Cicchetti, Hornung, & Reed, 2000).

Toth et al. (1997) ont utilisé les narrations pour explorer les représentations du self et des autres qu'a développées l'enfant ; il en ressort que les narrations des enfants maltraités contenaient plus de représentations de la mère et d'eux-mêmes négatives que les enfants n'ayant pas été maltraités. De plus, les enfants ayant été négligés auraient des niveaux plus bas de représentations positives de soi, alors que les enfants ayant été physiquement maltraités auraient des niveaux plus hauts de représentations négatives de soi. Ces chercheurs remarquent qu'il se pourrait que les enfants victimes de maltraitements physiques aient plus de possibilités de développer une estime de soi positive, ce qui serait moins le cas des enfants vivant une situation de négligence, recevant une attention minimale.

Il semblerait que, parfois, le contact physique, même s'il se présente sous la forme de maltraitance, serait moins nocif dans certains domaines que l'absence de contact. Dans le cas de maltraitance, les parents pourraient être moins détachés émotionnellement et désintéressés de leurs enfants et ils seraient plus susceptibles de répondre aux signaux importants de leurs enfants que les parents négligents.

2.1.3.3 LE DÉVELOPPEMENT SOCIAL

Le développement social des enfants ayant été négligés est caractérisé par un retrait social et peu d'interactions positives avec les pairs. Egeland et Sroufe, déjà en 1981, remarquaient que la participation de ces enfants aux situations de jeux déclinait considérablement entre 3 et 6 mois. Crittenden (1992) a noté que les enfants ayant été négligés avaient tendance à être plus isolés durant les moments de jeux libres avec leurs frères et sœurs, et plus passifs et en retrait avec leur mère que les enfants des autres groupes.

Certains chercheurs rapportent que les enfants ayant été négligés auraient tendance à être plus agressifs que les enfants n'ayant pas été maltraités (Bousha & Twentyman, 1984 ; Erickson et al., 1989), tout en l'étant moins que ceux ayant été maltraités physiquement (Crittenden, 1992 ; Haskett & Kistner, 1991 ; Hoffman-Plotkin & Twentyman, 1984) mais rien n'est définitif à ce sujet. Ces enfants pourraient également développer des symptômes de dissociation, même si dans l'étude de Macfie, Cicchetti et Toth à ce sujet, seuls les enfants ayant été physiquement maltraités y étaient significativement associés.

2.1.3.4 LE DÉVELOPPEMENT NEUROPHYSIOLOGIQUE

Des conséquences au niveau neurophysiologique peuvent également être présentes via les situations de stress chronique. Les maltraitements et négligences, en plus d'avoir un impact direct sur le développement cérébral, peuvent également modifier la production de cortisol et par cet intermédiaire, entraîner la mort de neurones ainsi que la diminution du volume hippocampique. Pour reprendre l'exemple des mères dépressives, il semble (Field, 1998) que leurs enfants présentent des taux de cortisol élevés en comparaison à ceux des autres enfants. De plus, ils seraient moins actifs et vocaliseraient moins (Dawson et al., 1994). Les troubles de la production de cortisol peuvent être néfastes à long terme, pouvant susciter des comportements agressifs, des troubles de la mémoire, etc.

2.1.4 LE NIVEAU PARENTAL

BOX 5: LE NIVEAU PARENTAL

Le fonctionnement psychologique du parent négligent semble jouer un rôle de modérateur au niveau de l'impact que peut avoir une intervention précoce. Ses affects négatifs empêchent l'atteinte d'un résultat optimal du développement de l'enfant suite à un programme d'intervention précoce.

Un certain nombre d'études font apparaître les dysfonctionnements au niveau du traitement de l'information et des affects que réalisent les parents négligents :

- la négligence serait souvent le résultat d'une fin prématurée du processus de traitement des informations. L'échec parental pour répondre aux stimuli lancés par l'enfant en demande de soins pourrait apparaître parce que : a) le parent n'a pas perçu le signal, b) il ne l'interprète pas comme nécessitant une réponse parentale, c) le parent sélectionne une réponse mais n'est pas capable de la mettre en route ;
- ces parents auraient significativement moins de perceptions positives de leurs enfants, des connaissances inadéquates au sujet de l'éducation d'un enfant, des attentes plus irréalistes que les parents non négligents ;
- durant les interactions, ces parents ne prennent pas en compte les signaux ou réponses envoyés par l'enfant ;
- des attributions internes et stables sont plus fréquemment élaborées : un comportement négatif de l'enfant attribué par le parent à des caractéristiques stables et internes de l'enfant entraîne des réponses comportementales et affectives plus négatives de la part du parent que si le comportement de l'enfant était attribué à des causes externes et instables ;
- ces parents seraient moins susceptibles de reconnaître les sentiments ou les intérêts de l'enfant. Le niveau moindre de réponse entraîne un manque de stimulations pour l'enfant et donc un retard de développement ;
- il est possible que le vocabulaire limité au niveau émotionnel de ces mères contribue à la pauvre qualité de leur relation avec leur enfant.

Il ne semble pas y avoir de profil clair des familles négligentes ; il est cependant intéressant de remarquer que ce n'est pas la présence d'un homme à la maison qui augmente ou réduit le risque de négligence mais plutôt la nature de son implication, incluant le sentiment d'efficacité parentale ainsi que l'implication dans la gestion quotidienne de la maison.

2.1.4.1 INTERACTIONS ET TRAITEMENT DE L'INFORMATION

Hutcheson et al. (1997) se sont intéressés aux résultats d'une intervention précoce ciblant les familles pauvres (afro-américaines en majorité) composées d'un enfant avec « *Failure to Thrive* » et suivis jusqu'à l'âge de 4 ans. Ils ont remarqué que les visites à domicile et les stimulations aboutissaient à des résultats positifs, mais pas de la même manière pour tous les enfants. En effet, il y a des progrès au niveau du développement moteur chez ces enfants, mais les enfants dont les mères présentent des bas niveaux d'affects négatifs (anxiété, hostilité, affects dépressifs, etc.) semblent plus capables de bénéficier des stimulations du programme que ceux de mères ayant un niveau d'affects négatifs élevés. Ceux du premier groupe, en plus des progrès moteurs, voient également leur fonctionnement cognitif s'améliorer ainsi que leur propre

affectivité négative. Le fonctionnement psychologique du parent, ici de la mère en l'occurrence, semble jouer un rôle de modérateur au niveau de l'impact que peut avoir une intervention précoce.

Les parents négligents semblent avoir développé un fonctionnement cognitif particulier qui permet de mieux comprendre ce phénomène. Partons du modèle expliqué par Milner (2003). Lorsqu'une information est reçue jusqu'au moment elle entraîne une réaction, il y aurait trois étapes importantes : la sélection par les parents du comportement social ou de l'information, ensuite l'implémentation (l'interprétation, évaluation et attente qui donne une signification au comportement social) et finalement la sélection de la réponse. Selon Crittenden (1999) la négligence est souvent le résultat d'une fin prématurée du processus de traitement des informations. L'échec parental pour répondre aux stimuli lancés par l'enfant en demande de soins pourrait apparaître parce que : a) le parent n'a pas perçu le signal, b) il ne l'interprète pas comme nécessitant une réponse parentale, c) le parent sélectionne une réponse mais n'est pas capable de la mettre en route.

Il semble bien que les parents négligents aient significativement moins de perceptions positives de leurs enfants, des connaissances inadéquates au sujet de l'éducation d'un enfant ainsi que des attentes plus négatives, plus inappropriées et plus irréalistes que les parents non négligents (Dubowitz, 1999 ; Erickson & Egeland, 2002). De plus, les parents négligents seraient plus susceptibles d'initier spontanément des interactions non réciproques, c'est-à-dire que ces parents ne prennent pas en compte les signaux ou réponses envoyés par l'enfant, il n'y aurait donc pas de synchronie entre les partenaires.

Il semble que le type d'attachement développé par les parents ait un impact sur la perception des informations, l'attente, l'interprétation des informations sociales et émotionnelles (DeOliveira, Moran, & Pederson, 2005). DeOliveira et al. ont trouvé que les mères insécures avaient plus tendance à marquer les émotions de leur enfant de façon très restrictive, blanc ou noir. Ces mères avec un attachement irrésolu semblent avoir les plus importantes difficultés au niveau de l'interprétation des émotions de l'enfant.

Le fait de créer une relation stable et solide avec un intervenant de ETAPE pourrait éventuellement permettre aux parents de développer un attachement de type sécure avec cet intervenant, relation qui pourrait ensuite être transposée à l'enfant. De même, l'intervenant va devenir une personne stable dans la vie de l'enfant, une personne qui noue une relation cohérente avec lui, un attachement peut alors se créer entre eux. L'enfant et le parent, au contact de l'intervenant, peuvent transposer ce nouveau fonctionnement à leur propre relation.

2.1.4.2 TRAITEMENT DES AFFECTS

Hildyard et Wolfe (2007) ont comparé des mères négligentes à un groupe contrôle notamment au moyen du *IFEEL Pictures task* ; celui-ci a été utilisé pour évaluer les manières dont les mères perçoivent et réagissent face aux expressions émotionnelles. Il est à noter que la majorité des mères négligentes de cette étude ont vécu des situations de maltraitance assez sévères durant leur enfance et cela plus que celles du groupe contrôle. Ces auteurs remarquent que les mères négligentes étaient généralement moins susceptibles de reconnaître les sentiments ou les intérêts de l'enfant. Le niveau moindre de réponse entraîne un manque de stimulations pour l'enfant et donc un retard de développement (Hildyard & Wolfe, 2002) qui peut aussi avoir un impact négatif sur le développement d'une relation d'attachement. De plus, il semble que ces mères aient tendance à percevoir leur enfant comme n'étant pas heureux, vision en accord avec leurs émotions.

Les mères négligentes présenteraient une illusion de contrôle qui pourrait expliquer en partie le comportement négligent ; en effet, si la mère pense, à tort, avoir le contrôle d'une situation, elle sera moins susceptible d'aller chercher une assistance ailleurs, telle qu'une assistance médicale.

En outre, elles faisaient plus d'attributions internes et stables au sujet du comportement de l'enfant dans des situations ambiguës. L'effet de la dépression n'a pas d'impact sur ces résultats. Un comportement négatif de l'enfant attribué par le parent à des caractéristiques stables et internes de l'enfant entraîne des réponses comportementales et affectives plus négatives de la part du parent que si le comportement de l'enfant était attribué à des causes externes et instables (Dix & Grusec, 1985).

Elles semblent également plus susceptibles de voir de la honte ou de la tristesse ainsi que d'être moins précises pour décrire les émotions des enfants et elles présentent un vocabulaire restreint concernant les émotions. Elles sont parfois incohérentes allant jusqu'à dire qu'un enfant a une expression émotionnelle représentant l'égoïsme. Il est possible que le vocabulaire limité au niveau émotionnel de ces mères contribue à la pauvre qualité de leur relation avec leur enfant (Howes, Cicchetti, Toth, & Rogosch, 2000). Ce point semble important à observer et à travailler avec l'intervenant par exemple.

2.1.4.3 POSSIBILITÉS D'ÉVOLUTION PARENTALE

Alors que les résultats concernant les interventions précoces pour des parents ayant déjà maltraités leur enfant restent mitigés, il a été suggéré que tous les parents peuvent bénéficier d'une éducation parentale (Chaffin et al. 2004 ; Johnson, 2002 ; CDC, 2004).

Par exemple, l'étude de Palusci et al. (2007) va dans ce sens ; en effet, tous leurs participants ont amélioré leurs connaissances et leurs attitudes concernant le parenting. Les hommes avaient des informations moins précises que les femmes, à la fois avant l'intervention et après, mais ils ont eu les gains les plus importants. Les participants ont également affiché des gains au niveau de l'empathie, des attentes plus appropriées, une utilisation plus appropriée de la punition corporelle et une acceptation des rôles appropriés à l'enfant. Il y a toutefois une limitation concernant ces résultats, à savoir le fait que les chercheurs n'ont retenus que les participants qui étaient motivés au départ de cette intervention.

Lutenbacher (2001) a remarqué que dans une population de mères avec faibles revenus, moins de gains étaient observés chez les mères non blanches, à risque et dépressives avec une faible estime de soi.

2.1.4.4 SYSTÉMIQUE FAMILIALE

Dumaret et Constantin-Kuntz (2005) amènent d'autres pistes pour un travail suite à des interventions sur base de groupes de parents. «La perception de l'enfant comme un sujet individualisé, ayant des besoins et des désirs personnels, est peu présente dans le discours des parents. Leur approche apparaît égocentrée, davantage guidée par des éléments projectifs en référence à leur histoire personnelle, que par l'écoute de ce que l'enfant pourrait exprimer : *« J'ai du mal à rouspéter ou à donner une punition. J'ai été élevée bizarrement, j'ai été élevée à la dure, j'étais battue. »* Au final, l'enfant est souvent présenté comme un support, voire un prolongement narcissique, ayant pour mission de donner un sens à la vie de ses parents, de rompre leur solitude et leur ennui, de leur donner une utilité et une place dans le monde. Ceci se manifeste par des relations majoritairement situées dans un registre fusionnel, avec une incapacité massive à poser des limites intergénérationnelles : *« Même quand ils (les enfants) font des bêtises, c'est nous qui avons les problèmes »* ; *« C'est mon bonheur d'avoir mes enfants, j'ai toujours voulu rester avec mes enfants seule. Parce que c'est mes yeux, mes enfants, c'est ma vie, c'est ma chair... c'est tout »*. Cette confusion se traduit par une parentification importante des enfants et peut aller jusqu'à un climat familial incestueux. Dans ce contexte d'investissement à dominante narcissique de l'enfant, l'avenir est souvent peu évoqué. La séparation future apparaît difficile à envisager (...) Dans ces deux premiers groupes de familles, parmi les difficultés éducatives mentionnées, on note chez les parents l'incapacité à poser des limites et à dire « non » à leurs enfants, ne voulant peut-être pas reproduire la violence parentale connue dans leur enfance».

Les pères, comme vu ci-dessus ne sont pas à oublier dans ces situations.

Dufour, S. (2007) s'y intéresse et trouve qu'au sein d'une situation de négligence les mères (biologiques ou pas) ont proportionnellement plus tendance à être aux prises avec des problèmes personnels que les pères (biologiques ou pas), alors que ceux-ci ont plus tendance à être impliqués dans une activité criminelle.

Dans à peu près la moitié des situations de négligence recensées pour cette étude (Dufour, 2007), c'est-à-dire 1266 familles en tout, les familles se composent d'un seul parent, la mère, extrêmement vulnérable. Les données indiquent que les hommes sont malgré tout souvent présents dans les situations de négligence, qu'ils habitent ou non avec l'enfant. Il est intéressant de noter que suivant les résultats, il semble que les pères « substituts » fassent face à plus de problèmes parentaux que les pères biologiques ce qui serait le contraire pour les mères. De plus, les mères négligentes de cette étude ont été significativement plus victimes de maltraitance durant leur enfance que ne l'ont été les pères. Plus les mères se « débattent » avec les problèmes psychologiques provenant de leur passé difficile (ou de violences conjugales), plus l'enfant a tendance à développer des problèmes émotionnels et comportementaux. Embourbées dans leurs problèmes, elles peuvent en arriver à négliger l'enfant voire le maltraiter.

Dufour cite également une étude de Pittman et Buckley (2006, P. 481) qui suggère que les mères maltraitantes ont tendance à gérer pauvrement les situations de stress alors que les pères ont tendance à engendrer un climat familial à la fois distant et rigide, tout en maintenant des attentes inappropriées concernant l'enfant.

Ce n'est pas la présence d'un homme à la maison qui augmente ou réduit le risque de négligence mais plutôt la nature de son implication, incluant le sentiment d'efficacité parentale ainsi que l'implication dans la gestion quotidienne de la maison (Dubowitz et al. 2000). Lacharité (2001) identifie quatre types d'investissement du père au sein d'une situation de négligence. Premièrement, l'implication coercitive, lorsque le père est très présent, mais sa conduite est abusive, violente, intrusive, hostile, diminuant l'enfant ; deuxièmement, l'implication obstructrice, lorsque à la fois la qualité et la quantité d'implication sont basses. Ensuite, l'implication intermittente, lorsque l'investissement est positif mais non fréquent et finalement, l'investissement positif, lorsque, même si le comportement du père est adéquat et l'implication suffisante, les effets positifs de cela sont compromis par les nombreux et sérieux problèmes auxquels la famille est confrontée.

2.1.5 LA RÉSILIENCE

2.1.5.1 DÉFINITION

Nous ne pouvons pas conclure cette partie concernant le phénomène de négligence sans aborder la notion de résilience. En effet, ce sont ces facteurs qui aident l'enfant à ne pas sombrer. Dans l'Introduction aux textes du colloque de Châteauvallon « *Ces enfants qui tiennent le coup* », Cyrulnik (1998, p. 9) dit que la résilience est une « métaphore imageante » et en donne la définition suivante : « Rester soi-même quand le milieu nous cogne et poursuivre, malgré les coups du sort, notre cheminement humain ». Dans le même ouvrage, Guedeney (1998, p. 13) note que : « la résilience est définie par le maintien d'un processus normal de développement malgré des conditions difficiles ». Il souligne que c'est un « processus complexe, un résultat, l'effet d'une interaction entre l'individu et son environnement » (p. 17). Tenir compte des facteurs de résilience permet aux intervenants de baser l'intervention sur les forces déjà présentes, ou en émergence au sein des familles. En effet, « Selon le milieu d'origine de l'enfant, ce ne sont pas les mêmes facteurs qui seront efficaces. Baldwin, Baldwin, Kasser, Zax, Sameroff et Seifer (1993) montrent que pour qu'il y ait atteinte à la santé mentale, une sorte différente de « parentage » est nécessaire dans un environnement désavantagé et dans un environnement avantagé. En fait, nous retrouvons trois

types de variables (individuelles, familiales et environnementales) aussi bien dans les facteurs de protection que dans les facteurs de risque. Une variable pouvant être vue comme un facteur de protection peut devenir un facteur de risque si elle se présente avec une intensité extrême. Les facteurs de protection ne sont donc pas nécessairement l'inverse des facteurs de risque; c'est leur intensité et leur rôle à l'intérieur d'une dynamique particulière qui les caractérisent. Par exemple, un certain degré d'exigence par rapport aux apprentissages scolaires peut habituellement contribuer à un déploiement d'activités qui permet à l'enfant d'accroître ses compétences. Par contre, si ce niveau d'exigence devient exagéré, il amènera un stress qui provoquera plutôt une démobilisation, un désintérêt face aux apprentissages scolaires et un échec » (Jourdan-Ionescu, C., 2001).

2.1.5.2 FACTEURS DE RÉSILIENCE

Il est important de pouvoir identifier les facteurs de risque autant que ceux de résilience et de protection. Parmi ces derniers, nous retrouverons la capacité qu'ont les parents à reconnaître le problème, à rechercher de l'aide, la présence de soutien des grands-parents, des soins de santé mentale situés à proximité, etc. (Dubowitz & Bennett, 2007). Citons que chez l'enfant, le fait qu'il développe une relation d'attachement sécuritaire avec un des deux parents, une estime de lui positive ainsi qu'un sentiment de compétence sont des facteurs de résilience importants. Notons que l'évaluation de ces facteurs doit se faire de façon répétée car le degré de résistance au stress varie dans le temps et dépend en partie des circonstances de la vie (Rutter, 1985).

C'est Rogers qui employait l'expression de « regard positif inconditionnel » à propos du regard d'amour que les parents portent à leur enfant et qui lui communique que sa personne a une valeur. Ce regard augmente l'estime de soi car l'enfant se sent aimé et valorisé et il sent qu'il ne doit pas craindre des évaluations négatives lorsqu'il fait quelque chose, ne craignant donc pas la perte de cet amour de base. (Jourdan-Ionescu, 2001).

Pour les parents, citons également l'estime de soi et le sentiment de compétence mais aussi la capacité de restructuration cognitive d'événement douloureux, la capacité à anticiper un événement de manière positive, à savoir gérer les émotions, à garder des personnes ressources autour de soi, etc. Un parent résilient peut promouvoir les facteurs de résilience chez l'enfant.

2.2 INTERVENIR DURANT LES PREMIÈRES ANNÉES DE LA VIE ? LE POINT DE VUE DES NEUROSCIENCES

BOX 6 : LES NEUROSCIENCES

Durant les deux premières années de la vie une croissance séquentielle de régions cérébrales se produit, ainsi qu'une prodigieuse prolifération et surproduction d'axones, dendrites et synapses au sein de différentes zones cérébrales. Chaque neurone forme environ 15.000 synapses, mais toutes les connexions ne survivront pas : un émondage aura lieu.

Les négligences privent l'enfant de certains types de soins ou de stimulations dont celui-ci, et particulièrement son cerveau, a besoin. À cause de négligence, des régions cérébrales peuvent rester inutilisées voire atrophiées (tel que les lobes temporaux qui régulent les émotions et prennent en compte les informations sensorielles).

Les négligences, comme toute privation d'expériences optimales, mènent à un sous-développement des aires corticales, sous corticales et limbiques et permettrait la persistance d'une réactivité comportementale primitive et immature pouvant aboutir à l'expression de comportements antisociaux voire violents.

Les neurosciences ne peuvent malheureusement affirmer avec certitude la nécessité

d'entamer une intervention durant la petite enfance (bien avant 3 ans) pour éviter des séquelles. Il semble qu'il y ait des périodes sensibles mais que le cerveau, à certains niveaux, puisse se modifier tout au long de la vie.

2.2.1 GÉNÉRALITÉS : LE DÉVELOPPEMENT NEURONAL

Le cerveau humain se développe et passe d'un poids moyen de 400 g à la naissance à un poids de 1000 g à 12 mois (Schore, 1994). Durant les deux premières années de vie il va y avoir une croissance séquentielle de régions cérébrales, une prodigieuse prolifération et surproduction d'axones, dendrites et synapses au sein de différentes zones cérébrales. Le système nerveux central comporte différents types et sous-types de cellules : neurones, tels que les interneurones, neurones moteurs, la glie, etc. Chaque type de cellules est généré pendant une certaine période du développement. La zone génératrice de la cellule détermine ce que celle-ci produira et où elle migrera. La prolifération est complète à 6 mois ; il semble que la surproduction de neurones serve à préparer le système nerveux pour toutes sortes d'expériences possibles. La synaptogenèse est génétiquement déterminée. Balbernie (2001) rappelle que durant les premières années de la vie chaque neurone forme environ 15000 synapses, cependant toutes les connexions ne survivront pas. En effet, un émondage aura lieu.

Une hypothèse a été posée, suite à des études sur les macaques rhésus (Rakic et al., 1986, 1993), et selon celles-ci, les aires sensorielles se développeraient les premières alors que les aires associatives (préfrontales en particuliers) se développeraient en dernier. Cette hypothèse (avec l'idée que les fonctions sensorielles précéderaient les fonctions cognitives supérieures) n'a pas été confirmée par des résultats. Il a plutôt été trouvé que les connexions synaptiques augmenteraient rapidement durant les trois derniers mois de gestation et cette évolution se poursuivrait jusqu'au 4^{ème} mois après la naissance, au même rythme pour chaque aire. De plus, chaque zone passe par une phase d'excès de synapses. Cette surproduction de synapses est particulièrement importante entre le 2^{ème} et le 4^{ème} mois postnatal, après quoi survient une élimination synaptique ; le déclin est important jusqu'à la fin de la première année, plus graduel les années suivantes.

Chez les humains, sur base du travail de Huttenlocher (1979, 1990, 1994), il a été observé une augmentation synaptique importante au niveau des cortex visuel et auditif entre le 3^{ème} et le 4^{ème} mois postnatal (maximum à 4 mois). Toutefois, la rétraction synaptique diffère selon les aires. Le nombre de synapses « adultes » des cortex visuel et auditif est atteint durant la petite enfance (entre 2 et 6 ans), alors que pour le gyrus préfrontal moyen ce n'est le cas qu'à l'adolescence. L'élimination des synapses se produit durant une période où le système nerveux est très sensible aux influences environnementales.

La myélinisation, elle aussi, est génétiquement déterminée mais reste influencée par des facteurs environnementaux (ex : malnutrition, particulièrement durant les 4 premières années de la vie). La myélinisation dure de la naissance à environ 18 mois.

2.2.2 NÉGLIGENCE ET NEURONES

Suivant le modèle de Greenough et Black (1992), il y aurait en fait deux mécanismes selon lesquels les synapses seraient formées, deux types de plasticités cérébrales. Premièrement, l'« expérience-expectant » synaptogenèse, processus par lequel les synapses sont formées après quelques expériences minimales ; il y aurait également l'« expérience-dépendant » synaptogenèse qui est un processus qui optimise l'adaptation de l'individu à des caractéristiques spécifiques, uniques, de son environnement.

Donc, en fonction de l'histoire de l'apprentissage de l'individu, différentes informations seront obtenues et stockées, donnant lieu à des différences individuelles dans un certain nombre de domaines cognitifs.

Cela nous amène à une cause importante de développement cérébral « troublé » : les négligences. Celles-ci privent l'enfant de certains types de soins ou de stimulations dont celui-ci, et particulièrement son cerveau, a besoin. A cause de négligence, des régions cérébrales peuvent rester inutilisées voire atrophiées (tel que les lobes temporaux qui régulent les émotions et prennent en compte les informations sensorielles) (Balbernie, 2001). Ce manque de stimulations semble engendrer un stress ainsi que des déficits développementaux. Un certain nombre de recherches se sont centrées sur l'observation par IRM de la diminution du corps calleux (qui permet notamment le passage d'informations entre les deux hémisphères) chez les enfants ayant été maltraités ou négligés, et Teicher et al. (2004) a fait de même. Ils remarquent une diminution de l'aire du corps calleux d'environ 17 % en comparaison au groupe contrôle chez des enfants âgés d'une dizaine d'années et ayant vécu plus jeune des maltraitances ou négligences. La négligence diffère qualitativement des autres types de maltraitances, il s'agit bien là de manque de stimulations appropriées et d'interactions. Teicher et al. (2004), à la fin de leur étude, concluent que les garçons pourraient être plus dépendants que les filles de l'apport de stimulations précoces adéquates pour avoir un développement complet de leur corps calleux.

De plus, les processus de régulation biologique ainsi que psychologique seraient à risque d'être profondément touchés. Balbernie (2001) cite les recherches de Perry (1997) qui a exprimé l'idée que les négligences, comme toute privation d'expériences optimales, mènent à un sous-développement des aires corticales, sous corticales et limbiques qui permettrait la persistance d'une réactivité comportementale primitive et immature pouvant aboutir à l'expression de comportements antisociaux voire violents. C'est à ce niveau que l'intervention précoce va jouer un rôle en apportant des stimulations adaptées, ainsi qu'une tentative d'améliorer l'environnement de l'enfant.

2.2.3 LES INTERVENTIONS PRÉCOCES DU POINT DE VUE DES NEUROSCIENCES

A titre informatif, voyons quelles sont les structures spécifiques relevant de l'intervention précoce ainsi que leur développement. Deux systèmes cognitifs sont probablement centraux pour le succès d'une intervention précoce qui a pour cible le développement intellectuel : la capacité à se souvenir et à rappeler des événements (mémoire explicite ou déclarative) et la capacité de s'engager dans des actions de planification, d'inhibition et des actions stratégiques (dépendant des fonctions exécutives orchestrées par le cortex préfrontal).

La mémoire déclarative dépend de structures qui se trouvent dans le lobe temporal médian, incluant l'hippocampe, l'amygdale et le cortex rhinal. L'hippocampe ainsi que les régions limbiques atteignent leur volume adulte durant la seconde moitié de la première année de vie.

Si le rôle de l'amygdale au niveau de la mémoire est toujours débattu, celui concernant les émotions n'est plus à prouver (rôle de médiation dans la formation d'associations émotionnelles liées à des stimuli (Aggleton & Mishkin, 1986 ; Jones & Mishkin, 1972)). Cependant, on sait peu de choses concernant son développement, mais il semble que tout comme l'hippocampe, elle se développe très tôt. Ces différentes régions semblent se développer avant la fin de la deuxième année de vie alors que le cortex temporal inférieur a un développement plus long qui peut durer jusqu'à la période préscolaire.

Concernant le cortex préfrontal dorsolatéral, la surabondance de neurones maximale vers 6 ans et le niveau « adulte » de neurones n'est pas atteint avant l'adolescence (Huttenlocher, 1979, 1990). Il y a également peu d'informations concernant le développement du cortex orbito-

préfrontal ; Luria (1973) et Schore (1994) disent que durant les deux premières années postnatales il y a un développement important dans cette zone.

Nous pourrions dire qu'une intervention ayant pour cible les fonctions exécutives devrait prendre place au plus tard durant la période entre 1 et 3 ans et ne pas mettre de côté le travail sur les interactions mère enfant, car le développement de ces fonctions (inhibition de réponses automatiques, émotionnelles, régulation face à des situations émotionnelles, etc.) dépend de ces stimulations et interactions sensibles (Glaser, 2000). Sans cette première relation, l'enfant sera incapable de comprendre les affects, y compris les siens et de les réguler. En effet, il est important de savoir que le jeune enfant, dont les lobes frontaux du cortex cérébral ne sont pas encore matures, n'est pas capable à lui seul de contrôler ses émotions, de contrôler les impulsions qui proviennent de l'amygdale. La maturité du cortex cérébral peut être accélérée par son utilisation (encourager l'enfant à se contrôler, l'aider à comprendre ses émotions, etc.). A ce niveau, les interactions adéquates avec la mère sont essentielles (Davies, 2002). C'est la mère (ou premier caregiver) qui régule d'abord les émotions de l'enfant grâce aux moments de synchronies, laissant peu à peu une empreinte au sein du système limbique de l'enfant qui deviendra capable de réguler ses émotions. Davies (2002) rappelle ce que disait H. Chugani, médecin à l'hôpital des enfants du Michigan, à savoir qu'il existe un laps de temps très limité durant lequel les enfants devaient être stimulés émotionnellement pour qu'ils puissent ressentir plus tard dans leur vie les émotions de manière appropriée.

2.2.4 PÉRIODE SENSIBLE VS PLASTICITÉ CÉRÉBRALE : JUSTIFICATION DES INTERVENTIONS ?

Les neurosciences ne peuvent malheureusement affirmer avec certitude la nécessité d'entamer une intervention durant la petite enfance (bien avant 3 ans) pour éviter des séquelles. Il y a en fait deux grands paradigmes que nous retrouvons au cours de nombreuses lectures.

Premièrement, les tenants de « *la période sensible* ». Ceux-ci, partant notamment des études de Huttenlocher qui indiquaient que la synaptogenèse présente un pic à différents âges en fonction des diverses parties cérébrales (exemple : vers 6 mois pour le cortex visuel, 1 an pour le cortex préfrontal, etc.), suivi d'une perte synaptique aux alentours de 3 ans. Bruer était un partisan de la vision selon laquelle il fallait agir durant cette période clé, entre 0 et 3 ans, période requérant un maximum de stimulations; d'où le slogan : « Use it or lose it ».

Ensuite, les tenants de « *la plasticité cérébrale* ». Il s'agit de cette capacité que possède le cerveau à être modifié par les expériences, ce qui lui permet de faire de nouvelles expériences qui le modifieront en retour, et ainsi de suite. Certains de ces changements seront positifs, d'autres le seront moins, comme l'adaptation à un stress chronique tel que la négligence (Nelson, C.A., 1999).

L'environnement a une influence sur notre cerveau. Greenhough et al. ont démontré durant les années 70 l'influence d'un environnement complexe sur le cerveau des jeunes rats. Ceux placés dans l'environnement complexe avaient environ 20% de synapses en plus par neurone au sein de l'aire visuelle. Enrichir l'environnement serait donc très intéressant durant la petite enfance. Toutefois, si cette proposition reste vraie, Greenhough a montré un peu plus tard que le cerveau des rats adultes était aussi capable de former de nouvelles synapses en réponse à de nouvelles expériences.

La question de la durée de cette plasticité cérébrale se pose. Il n'y a, là non plus, pas de réponse sans équivoque, cela dépend... Les exemples qui peuvent être donnés sont le développement moteur et le développement langagier. L'apprentissage d'un instrument de musique ne sera pas de la même qualité si la personne le commence à 5 ans ou à 30 ans. La période durant laquelle l'individu garde la compétence de modifier l'acquisition du langage oral est nettement plus courte. Kuhl a démontré qu'entre 6 et 12 mois de vie, la capacité du jeune enfant à discriminer les

phonèmes des langues auxquelles il n'est pas exposé, diminue fortement. Ce système, à 6 mois de vie était ouvert à toutes sortes de stimulations mais ne les recevant pas, la fenêtre se ferme peu à peu.

Nelson (2000), lui, conclut qu'une réorganisation du cerveau adulte est possible, pas seulement au niveau sensori-moteur, mais probablement aussi au niveau cognitif. Il est connu également que des apprentissages spécialisés à l'âge adulte affectent de manière observable le fonctionnement et les structures cérébrales (exemple : le chauffeur de taxi londonien). Il semblerait donc que le cerveau, à certains niveaux, puisse se modifier tout au long de la vie.

Shonkoff et Meisels (2000) citent au sein du « Handbook of early childhood intervention » une autre question : faut-il que les interventions précoces soient ciblées sur une fonction ou devraient-elles être appliquées globalement ? Il est clair que si un enfant a manqué de stimulations et d'expériences précoces à la fois intellectuelles, sociales et émotionnelles, une intervention la plus globale possible ne peut qu'être choisie. Par contre s'il y a un déficit particulier une intervention ciblée serait la plus judicieuse.

2.3 LES INTERVENTIONS PRÉCOCES : SUR LE TERRAIN

BOX 7 : EXPÉRIENCES D'INTERVENTIONS PRÉCOCES

Différents types d'interventions précoces ont été mis en place.

- Groupes de parents/de famille : le cadre et les repères que les intervenants fixent sont bénéfiques pour ces familles dont l'environnement et le mode de vie est souvent chaotique. Cependant, les résultats de ce type d'intervention sont assez pauvres.
- Action thérapeutique sur la dyade mère enfant : résultats positifs quant à l'amélioration de la situation des mères (diminution des états dépressifs, amélioration des interactions mère enfant) et celle des enfants, notamment un meilleur développement intellectuel vers l'âge de deux ans.
- Le Teen Parents and Babies Program (TPBP) : des spécialistes de la petite enfance se sont rendus une fois par semaine au domicile des familles dans le cadre d'éducation parentale pour des stimulations cognitives, affectives et physiques adaptées au niveau de l'enfant. Les mères adolescentes apprennent durant ces visites à décrypter et à répondre adéquatement aux signaux émis par l'enfant, à interagir avec celui-ci. Certaines mères ont débuté l'intervention durant la période anténatale, d'autres non. Au départ, il n'y avait pas de différence entre les jeunes mères qui ont terminé le programme et celles qui l'ont stoppé avant la fin. Pour les mères ayant été jusqu'au bout de l'intervention (entrée pré et post natale), les résultats positifs sont similaires ; cependant, il ressort que commencer avant la naissance semble être un prédicteur de la rémanence des acquis de l'intervention chez la mère.
- Intervention centrée sur le développement cognitif : il existe différentes voies d'interventions, certaines basées sur une aide au niveau de la socialisation, d'autres ont une action sur l'investissement parental, etc. Il semble que seules les stimulations cognitives directes sur l'enfant (but : aboutir à un développement scolaire) soit manifestement soutenues par les résultats comme étant un chemin vers la réussite scolaire à long terme. De l'augmentation des habilités cognitives découlerait un succès académique, ce qui augmenterait la motivation, améliorerait la socialisation et augmenterait également

l'investissement parental ainsi que leurs attentes concernant une réussite scolaire à long terme.

2.3.1 EXPÉRIENCES PRÉCÉDENTES : RÉSULTATS ET QUESTIONNEMENTS

Différents types d'interventions précoces ont été mis en place. Au point suivant, nous nous attarderons sur les visites à domicile en tant que base d'une intervention précoce, mais avant cela, passons en revue les différentes façons d'intervenir ainsi que leurs forces et leurs faiblesses.

2.3.1.1 GROUPES DE PARENTS

Les **groupes de parents** sont cités dans certains articles. Par exemple, il y a celui de Dumaret et Constantin-Kuntz (2005). Ces groupes « montrent des influences positives sur les compétences parentales et sur la qualité des relations parents enfants (Seitz et al., 1985, Barnard et al., 1988, Black et al., 1994, Fraser et al., 2000). Leur efficacité parmi certains types de populations (déficience cognitive, toxicomanies, problèmes de santé mentale) était plus importante quand des services concrets et cohérents étaient proposés aux familles (halte-garderie, transports...) et quand ils avaient débuté en période prénatale. »

Parmi les facteurs de réussite sont cités : la relation positive entre les intervenants et les parents, relation fondée sur la confiance réciproque et le respect des valeurs et de la culture des familles. L'efficacité de ces prises en charge précoces reste toutefois limitée à long terme (Dumaret, 2003a). Ces premières interventions doivent être poursuivies par des stratégies de travail en réseau sur le long terme.

Il est important que les contextes d'intervention soient clairs et précis. « L'équipe s'est rendu compte que la multiplicité des intervenants et la parcellisation des propositions de prise en charge avaient conduit certains parents à s'exclure des dispositifs d'aide. Avec le temps, l'équipe a ainsi appris à penser la manière de les accueillir. (...) Pour atteindre ces objectifs, des modalités de fonctionnement ont été définies. En premier lieu, un cadre a été mis en place ; il constitue une enveloppe structurante et bienveillante qui permettra aux familles de retrouver des repères. Sur le plan pratique, le groupe a lieu un après-midi par semaine, tout au long de l'année. Un système de voiturage est prévu pour les parents ne pouvant utiliser les transports en commun. Les mères et leurs enfants sont au cœur du groupe, mais les pères y sont également conviés ainsi que parfois des grands-mères. Les familles viennent à leur rythme et la fréquentation du groupe s'arrête quand l'enfant a six ans. Le groupe est très tolérant à l'égard des comportements des parents, sauf en cas de violence. Les professionnels et les bénévoles qui accompagnent ces familles sont toujours les mêmes. (...) L'observation des interactions mère enfant permet aux professionnels d'identifier les besoins des familles. » (Dumaret et Constantin-Kuntz, 2005)

Les groupes de familles, appelés aussi « **Social network interventions** », ont été créés pour augmenter le réseau de soutien des familles négligentes (Gaudin, Wodarksi, Arkinson, & Avery, 1990-1991). L'étude réalisée par ces auteurs a mis en évidence (après 9 mois de ce type d'intervention) qu'il y avait une amélioration des attitudes parentales ainsi que de leur savoir, mais que leurs résultats restaient néanmoins sous la moyenne attendue. De plus, 35% des participants ont abandonné l'intervention avant la fin des 9 mois.

2.3.1.2 PRISE EN CHARGE DE LA DYADE MÈRE-ENFANT

« Les prises en charge précoces axées sur les dyades mère enfant selon le **modèle thérapeutique de Fraiberg** ont montré des résultats positifs quant à l'amélioration de la situation des mères (diminution des états dépressifs, amélioration des interactions mère enfant) et celle des enfants, notamment un meilleur développement intellectuel vers l'âge de deux ans » (Dumaret, A.-C., & Picchi, V., 2005). Ces mêmes auteurs se sont intéressés au rôle du support familial et social.

« Plusieurs auteurs ont montré l'importance de ce facteur dans la prévention des troubles psychiques chez l'enfant (Bettschart W, Bolognini M, Plancherel B, Nunez R, & Leidi C., 1992 ; Sroufe LA., 1989). Quand ce support est perçu comme faible, les enfants présentent plus de troubles de comportement, leur agressivité témoignant de leur sentiment d'impuissance et de leur difficulté à gérer les relations avec les autres Kashani JH, Canfield LA, et al., 1994) ».

Dumaret et Picchi, (2005) dans leur recherche se sont centrés sur une action thérapeutique qui avait porté sur l'enfant, âgé de moins de dix-huit mois à l'admission, sa mère, le lien enfant parent(s) et l'environnement socio familial. Ils concluent que : « L'impact de soins très précoces est notable parmi 15 jeunes (sur 31) des familles « à risque » (...). Les enfants suivis avant l'âge de un an ont de meilleures compétences que ceux pris en charge ultérieurement. Ainsi, neuf jeunes parmi les 12 pris en charge très tôt ont des compétences socio relationnelles, aucun parmi les trois suivis à un an et plus ne présente de telles compétences ; ces jeunes suivis très tôt ont également moins de troubles du comportement et d'échec scolaire grave. (...) La proximité du lieu de soins est une donnée importante dans l'alliance thérapeutique par rapport aux familles et aux équipes soignantes ».

Corcoran (2000) écrit un article qui passe en revue les différentes théories qui peuvent sous-tendre une intervention précoce. Tout d'abord, les **théories cognitivo-comportementales**. Les méthodes comportementales pourraient rencontrer moins de difficultés qu'une approche psychanalytique, et il a été prouvé que les parents négligents ont un fonctionnement cognitif qui diffère fréquemment des autres parents.

Les thérapies cognitivo-comportementales ont comme limitation de ne se focaliser que sur la personne passant ainsi à côté des facteurs environnementaux, du rôle joué par les autres membres de la famille, etc. Les thérapies comportementales amènent une amélioration du sens parental de l'efficacité et réduiraient les maltraitances éventuelles, mais n'augmenteraient pas nécessairement l'apport de stimulations à l'enfant (Azar, 1986) et donc celui-ci vivrait toujours dans un environnement néfaste pour son développement. L'idéal serait donc de centrer l'intervention à la fois sur l'enfant et les interactions parent enfant, soit une combinaison de thérapie à base de jeux libres et des principes opérants de l'approche comportementale (Urquiza & McNeil, 1996). Durant les sessions de jeux, les parents sont entraînés à interagir avec leurs enfants de manière positive et stimulante de façon à ce qu'une relation se crée. L'éducation parentale et les principes comportementaux auront plus d'impact si l'enfant vit ses parents comme étant de plus en plus une source de renforcements positifs.

Les **thérapies multi systémiques** (développées notamment par Henggeler, consiste en un travail avec la famille à leur domicile) semblent être intéressantes ; elles seraient plus efficaces pour améliorer les interactions parent enfant, aider les parents à mieux gérer les comportements de leur enfant et à répondre plus adéquatement à leurs besoins. Ces interventions mêlent apprentissage social, principes cognitivo-comportementaux et produiraient des gains importants au sein de familles négligentes.

2.3.1.3 PROGRAMMES D'INTERVENTION PRÉCOCE

Le **Teen Parents and Babies Program (TPBP)** est un programme qui ressemble sous certains aspects à ETAPE. Il s'agit d'un programme d'intervention précoce à domicile qui s'est déroulé à Syracuse (NY). Des spécialistes de la petite enfance se sont rendus une fois par semaine au domicile des familles dans le cadre d'éducation parentale pour des stimulations cognitives, affectives et physiques adaptées au niveau de l'enfant. Les mères adolescentes apprennent durant ces visites à décrypter et à répondre adéquatement aux signaux émis par l'enfant, à interagir avec celui-ci (jeux, conversations chacun à son tour, etc.), à le porter, à le soigner (handling), etc.

Quatre groupes ont été formés au cours de cette étude :

- les mères qui ont débuté l'intervention avant la naissance et qui ont terminé le programme ;
- celles qui l'ont terminé mais qui ont débuté l'intervention après la naissance ;
- celles qui ont débuté l'intervention avant la naissance mais qui l'ont arrêtée quelques temps après et finalement ;
- celles qui ont commencé l'intervention après la naissance et qui l'ont arrêtée un peu après.

Au départ, il n'y avait pas de différence entre les jeunes mères qui ont terminé le programme et celles qui l'ont stoppé avant la fin. Cependant, suite à des analyses statistiques (ANOVA et post hoc), une différence significative a été trouvée entre elles à la fin du programme. Les jeunes mères qui ont été jusqu'au bout de l'intervention présentent un taux plus bas de maltraitance que celles l'ayant arrêté ; ces dernières quant à elles présentent un taux plus élevé de maltraitance que celles du groupe contrôle. De plus, il ressort des résultats que, si les jeunes parents à haut risque restent au sein du programme pendant toute sa durée, le moment d'entrée (pré ou post natal) n'a pas une influence significative sur l'occurrence de maltraitances MAIS, pour ceux qui refusent de poursuivre les visites à domicile le moment a une importance. Commencer avant la naissance semble avoir un effet protecteur si ensuite les parents décident d'arrêter l'intervention (Honing, & Morin, 2001).

Barnett et al. (1998) ont identifié différents chemins via lesquels un programme pourrait avoir un effet au niveau de l'éducation. Nous retrouvons notamment une intervention basée sur une aide au niveau de la socialisation, une action sur l'investissement parental, et le **chemin cognitif** où il y a des stimulations cognitives directes sur l'enfant (*but : aboutir à un développement scolaire*). Il semble que seul le dernier moyen soit manifestement soutenu par les résultats comme étant un chemin vers la réussite scolaire à long terme. De l'augmentation des habilités cognitives découlerait un succès académique, ce qui augmenterait la motivation, améliorerait la socialisation et augmenterait également l'investissement parental ainsi que leurs attentes concernant une réussite scolaire à long terme. Les performances cognitives permettraient d'expliquer à elles seules environ la moitié des effets d'un programme visant la réussite scolaire plus tard (Campbell et al., 2001).

Des études récentes (Reynolds, 2000 ; Reynolds et al., 2004) révèlent que l'ajustement social et le facteur motivationnel ne sont pas significativement liés aux effets du **Chicago Child-Parent Center program** (centre d'intervention pour les enfants de 3 ou 4 ans et leur famille provenant de milieux défavorisés ; programme pour lequel l'investissement parental joue un rôle important), alors que le soutien scolaire et familial ainsi que les capacités cognitives y ont eu une influence significative. L'hypothèse du chemin cognitif semble être le médiateur le plus influent sur le résultat d'une intervention précoce (Suh-Ruu Ou, 2005).

Campbell et al. (1998) ont émis plusieurs hypothèses en accord avec celles d'autres recherches. La première concerne le fait que la réussite scolaire des enfants est construite sur des bases cognitives solides développées grâce aux expériences précoces, dès leur plus jeune âge. Deuxièmement, l'environnement du tout jeune enfant est lié à sa réussite scolaire future. Améliorer cet environnement très tôt dans la vie de l'enfant lui permet de bénéficier de ressources à domicile.

Si certaines interventions précoces présentent des bénéfices à court terme, ceux-ci ont tendance à disparaître à long terme (Barnett, 1995 ; Lazar & Darlington, 1982 ; Lee & Loeb, 1995). Il est donc important de réfléchir à une manière de les maintenir.

S. Ou (2005) suggère que le travail sur les capacités cognitives ainsi que l'investissement parental sont des composants importants des programmes d'intervention précoces, ce qui amènerait des résultats positifs sur le long terme.

Le programme **BabyFirst** présente des buts relativement similaires à ceux d'ETAPE. BabyFirst est un programme qui tente d'améliorer le « parenting », les relations parent enfant, la santé de l'enfant ainsi que son développement ; de plus, il tente de favoriser une connaissance optimale des ressources de la communauté au sein de laquelle il opère (Children & Youth Secretariat, 1998).

Heaman et al. (2007) expliquent que pour faire partie de ce programme, tout comme pour ETAPE, il faut remplir certaines conditions. La famille identifiée doit être définie à risque, c'est-à-dire, présenter au moins 3 des facteurs de risque parmi les suivants : abus de substances par un parent ou les deux, expérience de maltraitance et/ou de négligence durant l'enfance d'un parent ou des deux, manque d'éducation, domicile instable, difficultés économiques et sociales. L'intervenant de ce programme travaille en fonction d'objectifs fixés par le Growing Great Kids Curriculum®. Celui-ci fournit la fondation, la structure, et la fréquence des visites mais il permet aussi une certaine flexibilité en réponse aux besoins particuliers de chaque famille et de leur situation. Le plus souvent, les visites ont lieu une fois par semaine. Des infirmières de la santé publique passent à domicile pour leurs soins habituels et ont en plus la fonction de superviser les intervenants à domicile. Chacun reçoit une formation : 4 jours concernant la philosophie ainsi que les principes du programme (des stratégies de communication, la manière de développer une relation de confiance et de poser des objectifs) et 5 jours concernant l'entraînement avec le curriculum cité ci-dessus. Les infirmières suivent en plus une journée de formation en lien avec leur fonction de superviseurs (apporter guidance et soutien aux intervenants). Des formations continues sont également données, avec par exemple comme sujet la conscience de la diversité culturelle.

2.3.2 LES INTERVENTIONS À DOMICILE

BOX 8 : INTERVENTIONS À DOMICILE

Il existe tout un panel d'interventions à domicile : en fonction de l'objectif à atteindre, du type d'intervenants (para professionnels, professionnels), etc.

Le modèle écologique est fréquemment la base des programmes ; en bref, ce modèle propose d'analyser les situations en fonction de cinq systèmes ou milieux de vie (microsystème, mésosystème, exosystème, macrosystème et chronosystème) qui interagissent entre eux et s'influencent donc les uns les autres. Les interactions entre les individus et leur environnement, occupent une place importante pour une compréhension globale d'une situation. Cependant, les résultats des études concernant ces interventions sont loin d'être univoques.

- **Head Start** : preuves concernant l'impact positif de telles interventions sur le développement cognitif, social et physique de l'enfant à court terme, mais les études testant ces effets à long terme rapportent toutefois des résultats équivoques.
- **Etude de MacMillan et al.** : une infirmière (formée et supervisée) se rendait au domicile de la famille chaque semaine pendant 6 mois, ensuite une visite toutes les deux semaines pendant 6 mois et finalement une visite par mois pendant 1 an. Ces visites comprenaient un soutien familial important, une éducation parentale concernant l'enfant et son développement et un travail de liaison avec des autres services sociaux et médicaux. Le but était de pouvoir réduire les stressés et d'augmenter le soutien. Il semble que ce programme n'a pas été plus efficace concernant la prévention d'une récurrence de la

négligence ou abus que l'aide « de routine » apportée au groupe contrôle. Il se pourrait également que les résultats n'aient pas été ceux escomptés, à cause de visites pas assez intensives ou interrompues trop tôt.

- **Healthy family Alaska:** ce programme aboutit à un plus grand sentiment d'auto efficacité chez la mère, un environnement d'une meilleure qualité pour les apprentissages de l'enfant et l'utilisation d'autres services d'aide parentale. De plus, le HFAK améliore le développement cognitif de l'enfant ainsi que son comportement ; ces résultats sont obtenus lorsque l'enfant est âgé de 2 ans.
- **Kempe Community Caring program :** le réseau social des familles est élargi et l'estime de soi du parent l'est également. Il semble que l'intervenant fonctionne comme un modèle, un mentor qui fournit au parent des informations de base concernant les soins à donner à un enfant, permet au parent d'apprendre à anticiper les besoins, à développer des attentes réalistes, à discuter de la sécurité de l'environnement et à travailler avec la mère pour qu'elle puisse petit à petit identifier et répondre adéquatement aux signaux envoyés par l'enfant. L'intervenant croit en le parent et l'encourage à acquérir de nouvelles compétences, les renforce. Lorsque les parents apprennent les moyens de susciter une réponse positive chez l'enfant, ils deviennent de plus en plus impliqués dans la relation, et plus le lien affectif augmente, plus ils apprécient les moments d'interaction avec leur enfant. Ces moments deviennent agréables pour les deux. Finalement deux niveaux importants n'ont pas été atteints : les attentes et la sensibilité aux moments de soins. Bien que les attentes soient discutées pour devenir plus réalistes, elles ne changent pas. Les mères ont toujours des difficultés à anticiper les besoins de l'enfant et ne lisent pas toujours de manière adéquate les signaux que ce dernier envoie. De plus, les conflits familiaux et la gestion du stress ne sont pas modifiés suite à l'intervention. Il est possible que 12 mois soient trop courts pour travailler des aspects qui ont mis une vie à se construire.
- **Méta-analyse de Sweet et Appelbaum:** Pour être considérés comme efficaces, les programmes de visites à domicile doivent aider les parents, médiateurs de l'évolution de l'enfant, l'enfant lui-même et la famille. Cette méta analyse montre également qu'en général l'enfant bénéficie des interventions à domicile ; en effet, à la fin des interventions, les résultats aux niveaux cognitif et socio émotionnel étaient meilleurs que ceux des enfants des groupes contrôles. Il est intéressant de noter que ces auteurs concluent qu'aucune structure ou caractéristique d'un programme ne sont liées à une influence significative sur les résultats des interventions.

Depuis quelques années, les interventions se déroulant au domicile des familles se sont développées et sont au centre de nombreux espoirs concernant la prise en charge des situations de négligence ou à risque de le devenir. Intervenir à domicile présente l'avantage d'être dans un environnement moins menaçant, permet à l'intervenant de développer une bonne compréhension de la dynamique familiale, tout en amenant une opportunité d'encourager les familles à accepter d'autres types de soutien, d'aide si nécessaire (Gray et al., 2001). De plus, ce type d'intervention permet d'impliquer tous les membres de la famille présents, d'offrir une aide personnalisée ainsi qu'une attention individuelle et particulière (Sweet & Appelbaum, 2004).

Toutes sortes de programmes à domicile sont mis en place selon le type de famille (mère adolescente, famille immigrée, famille de faible niveau socio-économique, etc.), selon les membres de la famille avec lesquels le travail se réalisera, selon l'âge de l'enfant au moment du début de l'intervention, selon l'épistémologie et les objectifs qui sont fixés (éducation parentale, attachement, développement cognitif de l'enfant, etc.), selon les types d'intervenants (infirmières ou autres professionnels du domaine, paraprofessionnels, bénévoles), etc. La durée et l'intensité des visites varient énormément également. Sweet et Appelbaum (2004) suite à une méta analyse des interventions précoces à domicile trouvent que le plus souvent les buts de ces interventions sont l'éducation parentale (96.7%) et le développement de l'enfant (85%), et au niveau des activités concrètes, 58,3 % des interventions travaillent sur l'interaction et l'implication du parent au sein d'une activité avec son enfant. 75 % des programmes se déroulent entre la naissance et trois ans. Seul ¼ de ces programmes débutent durant la grossesse et, si 30 % ciblent les familles avec un enfant qui vit ses trois premières années de vie, seul 6,7 % ciblent les familles avec des enfants d'âge préscolaire (3 à 5 ans).

La plupart des programmes durent entre 9 et 12 mois (18,3 %), 12 et 24 mois (30 %) ou entre 24 et 36 mois (23,3 %). Ces auteurs notent à juste titre qu'un certain nombre d'articles ne mentionnent pas cette information pourtant importante. Finalement, parmi les intervenants se rendant au domicile de la famille, 75 % des programmes sont menés par des professionnels (personnes ayant reçu une formation de base en lien avec ce domaine psychosocial avant de travailler comme intervenants à domicile). Des paraprofessionnels, qui proviennent fréquemment de la même communauté que la famille chez qui ils se rendent et qui souvent ont eux-mêmes été aidés par une intervention précoce (toutefois, notons que l'emploi du mot paraprofessionnel n'est pas toujours clair au sein des articles), interviennent dans 45 % des programmes.

Après cette rapide synthèse, quelques programmes vont être résumés avec les résultats qu'ils ont amenés. Malheureusement, les résultats sont loin d'être univoques.

2.3.2.1 HEAD START

Fraser et al. (2000) rappellent que, alors que les interventions précoces telles que le programme américain Head Start apportaient des preuves concernant l'impact positif que de telles interventions avaient sur le développement cognitif, social et physique de l'enfant à court terme, les études testant ces effets à long terme rapportent toutefois des résultats équivoques (Devaney, Elliwood, & Love, 1997).

2.3.2.2 ÉTUDE DE MACMILLAN

MacMillan et al. (2005) ont comparé des familles contrôles (avec un suivi de santé routinier) à des familles bénéficiant en plus d'une intervention précoce ; ces dernières recevaient chez elles une infirmière chaque semaine pendant 6 mois, ensuite une visite toutes les deux semaines pendant 6 mois et finalement une visite par mois pendant 1 an. Ces visites comprenaient un soutien familial important, une éducation parentale concernant l'enfant et son développement et un travail de liaison avec des autres services sociaux et médicaux. Le but était de pouvoir réduire les stressés et d'augmenter le soutien (base théorique : modèle écologique). 6 aspects importants étaient notés à chaque visite : l'implication des parents, les processus de résolution de problèmes, les distractions environnementales, les préoccupations des parents (événements, crises, etc.), les conflits au sujet de ce qui se passe durant la visite et la compréhension de ce qui s'y déroule. L'intervenante suivait, sauf exception, la même famille tout au long du projet, allait en supervision de groupe toutes les deux semaines. Avant d'entamer le programme chaque intervenant, qui avait déjà une expérience de travail social avec des familles en difficultés, était spécialement formé pendant une semaine : identification de problèmes, fixation de buts, cours concernant les parents négligents et maltraitants, les stratégies à utiliser avec eux, des aspects de la législation concernant la maltraitance, des stratégies pour améliorer la relation parent enfant ainsi que des méthodes

visant à augmenter les capacités des familles à résoudre des difficultés liées à des problèmes économiques, sociaux ou autres.

Malgré tout, il semble que ce programme n'a pas été plus efficace concernant la prévention d'une récurrence de la négligence ou abus que l'aide « de routine » apportée au groupe contrôle. Il se pourrait également que les résultats n'aient pas été ceux escomptés, à cause de visites pas assez intensives ou interrompues trop tôt.

2.3.2.3 ÉTUDE D'OLDS

Eckenrode et al. (2000) s'intéressent à diverses études menées aux USA par Olds et al. (1997, 1998) qui semblent indiquer que les visites à domicile entraînent des bénéfices avec des populations à risque : elles augmentent le bien-être de l'enfant, du (des) parent(s) ainsi que de la famille. Ces interventions, débutant durant la grossesse, sont réalisées par des infirmières faisant la promotion de 3 aspects du fonctionnement maternel (développement de comportements sains durant la grossesse en lien avec un développement sain de l'enfant, les soins à apporter à un enfant, le développement personnel de la mère au travers d'un travail, d'études, etc.). Selon Olds, il est important que le programme se déroule de manière intensive, par exemple une fois par semaine pendant la durée de la grossesse, ensuite une fois par semaine pendant les 6 semaines suivant l'accouchement et ensuite les visites diminuent petit à petit jusqu'à ce que l'enfant ait deux ans.

Plus récemment, Olds, Robinson et al. (2004) ont trouvé qu'un programme d'intervention précoce à Denver avait eu un impact sur le niveau langagier ainsi que sur les fonctions exécutives. Ces effets ont été attribués à l'amélioration de la santé prénatale, du parentage, et du suivi parental.

De plus, Olds et al. (2002) trouvent que lorsque des infirmières (nurses) sont impliquées dans des intervention à domicile avec des enfants d'environ 6 mois et de mères manquant de ressources psychologiques, une vitalité émotionnelle plus importante que celle du groupe contrôle est observée (plus hauts niveaux d'engagement avec leur mère et des expressions de joie ou de colère plus intenses) ainsi qu'un degré de vulnérabilité émotionnelle plus bas (c'est-à-dire que l'on retrouve moins de réponses de peur associées à ce plus grand engagement envers la mère).

2.3.2.4 HEALTHY FAMILIES ALASKA

Healthy Families Alaska (HFAK) est une intervention précoce qui s'est inspirée d'un autre modèle assez connu, celui de **Healthy Families America (HFA)**. HFAK est un programme de visite à domicile, une fois par semaine durant les premiers 6 ou 9 mois de la vie de l'enfant. Petit à petit en fonction des buts atteints la famille passe d'un niveau à un autre pour ainsi diminuer la fréquence des visites à domicile. Comme Duggan et al. (2004, 2007) le décrivent, les intervenants ont pour objectif de promouvoir le parenting. Ils font référence aux diverses ressources communautaires et visent une amélioration de la santé et du développement de la santé de l'enfant par exemple via un travail sur l'environnement de l'enfant et sa sécurité. Ils soutiennent les interactions positives parent enfant et les parents en période de crise. Des supervisions hebdomadaires sont organisées pour les intervenants ainsi que des formations continues.

Ces mêmes auteurs se sont penchés sur 158 familles à risque incluses au sein de HFAK. Les enfants avaient au départ entre 8 et 16 mois et c'est lorsqu'ils ont eu 2 ans que les données de suivi ont été collectées : données pédiatriques, des services de protection à l'enfance, interviews des caregivers et observations au domicile concernant l'environnement et les interactions caregiver-enfant. Le but principal de cette intervention est de prévenir les maltraitances et négligences. A ce niveau, l'intervention ne semble pas avoir d'effet positif. De nombreux décrochages ont été observés, ce qui pose les questions suivantes : que perçoivent les parents comme objectifs de

l'intervention ? Les services et objectifs définis s'ajustent-ils aux besoins actuels des familles ? Comment les familles peuvent-elles comparer les bénéfices et les coûts de cette intervention ?

Cherchant à améliorer l'intervention, Duggan et al. (2007) pensent qu'une approche basée sur la résilience est plus appropriée avec ces familles à risque, mais si l'outil pour identifier les risques existe, celui concernant la résilience manque. Jourdan-Ionescu partage cette vision de la nécessité de se baser sur une approche orientée vers la résilience, elle la compare avec l'approche commune orientée vers la vulnérabilité (tableau 1)

TABEAU 1 : COMPARAISON ENTRE L'APPROCHE ORIENTÉE VERS LA RÉSILIENCE (ETAPE) ET CELLE ORIENTÉE VERS LA VULNÉRABILITÉ. (JOURDAN-IONESCU, 2001)

	Approche de l'expert orientée vers la vulnérabilité	Approche de partenariat orientée vers la résilience
Cible ?	Déficiences/vulnérabilité	Forces/résilience
Pourquoi ?	Remédier au problème	Engendrer l'espoir et prévenir les difficultés d'adaptation de l'enfant
Quand?	Au moment d'une crise	Prévention primaire ou secondaire (intervention précoce)
Où?	Milieus spécialisés	Environnement naturel
Quoi et comment?	Intervention bâtie à priori par des experts externes	Intervention concertée en une équipe de partenaires informés, multiples alternatives d'intervention et coconstruction de l'intervention
Qui?	Experts ou direction par des experts pour l'implantation et l'évaluation de l'intervention	Équipe de partenaires dans l'implantation et l'évaluation de l'intervention

Cependant, à d'autres niveaux, le HFAK, contrairement au programme sur lequel il s'est basé, aboutit à des résultats positifs. En effet, selon Caldera et al. (2007), concernant le parenting, trois résultats apparaissent par rapport au groupe contrôle : un plus grand sentiment d'auto-efficacité chez la mère, un environnement d'une meilleure qualité pour les apprentissages de l'enfant et l'utilisation d'autres services d'aide parentale. De plus, le HFAK améliore le développement cognitif de l'enfant ainsi que son comportement ; ces résultats sont obtenus lorsque l'enfant est âgé de 2 ans. Les auteurs pensent que ce changement peut être attribué à une meilleure structure et réflexion autour du programme : une approche fondée sur les forces des parents, le renforcement de leurs comportements positifs, etc. Toutefois, les résultats auraient pu être meilleurs pour plusieurs raisons. La première vient du fait que la violence conjugale, tout comme le pense Eckenrode (2000), est susceptible, si elle n'est pas prise en charge, d'atténuer les effets positifs d'un programme. De plus, les formations et supervisions pourraient être améliorées en permettant aux intervenants de mieux comprendre, observer, modifier les facteurs de risque, au sujet desquels ceux-ci se sentent moins bien préparés. Une des limitations de cette étude vient notamment du fait que certaines mesures se basent sur les dires du parent, au cours des buts de la recherche. L'amélioration des comportements de l'enfant pourrait être faussée et requiert d'autres études.

2.3.2.5 KEMPE COMMUNITY CARING PROGRAM

L'étude de Gray et al. (2001) concernant le **Kempe Community Caring program (KCCP)** a également attiré notre attention. Un cadre assez précis est décrit. Les familles à risque sont « repérées » avant la naissance de l'enfant par le personnel d'un hôpital (des médecins, infirmières, et travailleurs sociaux) précédemment formés à leur identification. Les familles sont référées pour le programme et l'infirmière coordinatrice répondra à un questionnaire concernant les facteurs de risque de difficultés parentales suite à un dialogue avec le parent. Des bénévoles (lorsque le risque d'abus/négligence est bas) ou des professionnels (lorsque le risque d'abus/négligence est élevé) travaillent avec les familles. Il y a 23 heures de formation initiale, notamment pour l'utilisation de l'échelle *Scale of Family Functioning* qui sert d'évaluation pré- et post- intervention. L'intervenant se rend une fois par semaine au domicile de la famille pendant 2h et des contacts téléphoniques peuvent être fréquents. Les superviseurs (équipe pluridisciplinaire) sont présents pour établir avec l'intervenant des actions adaptées aux besoins de la famille ainsi que pour le suivi des familles. Il y a 3 heures de supervisions par semaine. Une fois par mois une formation est organisée. L'intervention dure 12 mois. L'objectif de l'étude était de voir si pour les 108 familles auxquelles les intervenants ont apporté un soutien, une éducation parentale et un travail de liaison avec d'autres services, le fonctionnement au niveau des 8 catégories de l'échelle était ou non amélioré.

Il ressort que le réseau social des familles est élargi et que l'estime de soi du parent l'est également. Il semble que l'intervenant fonctionne comme un modèle, un mentor qui fournit au parent des informations de base concernant les soins à donner à un enfant, permet au parent d'apprendre à anticiper les besoins, à développer des attentes réalistes, à discuter de la sécurité de l'environnement et à travailler avec la mère pour qu'elle puisse petit à petit identifier et répondre adéquatement aux signaux envoyés par l'enfant. L'intervenant croit en le parent et l'encourage à acquérir de nouvelles compétences, les renforce. L'intervenant voit le positif au sein du parent ce qui semble avoir un impact sur quelqu'un qui fréquemment n'a connu que peu de relations ou d'identifications positives ; les interactions avec l'intervenant pourraient alors lui permettre d'augmenter son estime de lui et une confiance en soi en tant que parent. Cela est particulièrement apparent avec les mères adolescentes. Le niveau concernant les relations affectives est également modifié. Lorsque les parents apprennent les moyens de susciter une réponse positive chez l'enfant, ils deviennent de plus en plus impliqués dans la relation, et plus le lien affectif augmente, plus ils apprécient les moments d'interaction avec leur enfant. Ces moments deviennent agréables pour les deux. Finalement deux niveaux importants n'ont pas été atteints : les attentes et la sensibilité aux moments de soins. Bien que les attentes soient discutées pour devenir plus réalistes, elles ne changent pas. Les mères ont toujours des difficultés à anticiper les besoins de l'enfant et ne lit pas toujours de manière adéquate les signaux que ce dernier envoie. De plus, les conflits familiaux et la gestion du stress ne sont pas modifiés suite à l'intervention. Il est possible que 12 mois soient trop courts pour travailler des aspects qui ont mis une vie à se construire.

Si la durée d'une intervention est importante pour atteindre certains objectifs, comme nous venons de le voir, le moment du début de l'intervention semble également jouer un rôle important sur les résultats d'une intervention précoce. Suite à l'étude de Fraser et al. (2000) il ressort notamment que les mères qui rapportent des difficultés d'adaptation à leur rôle parental souhaitaient réellement participer à la recherche pendant les 12 premiers mois ; les résultats soutiennent la prédiction selon laquelle le stress lié à la fonction parentale augmenterait l'acceptation des visites à domicile et des intervenants. Cependant, il résulte également que les mères adolescentes étaient plus susceptibles de se retirer de l'intervention durant les 12 premiers mois en comparaison à des mères plus âgées. Cela est peut-être dû au fait que ce groupe de mères est un groupe à risque connu et il est donc possible qu'elles reçoivent déjà des aides sociales autres et qu'elles se sentent suffisamment submergées (ou qu'elles ne comprennent pas bien les actions de tous ces intervenants et abandonnent alors un ou l'autre ne le pensant pas utile ou pensant qu'il fait la même chose qu'un autre).

Il semble que cette intervention a eu du succès en amenant une prévention face à de pauvres ajustements émotionnels entre le parent et l'enfant (surtout au sein des primipares) durant les 6 premières semaines de vie de l'enfant. L'échelle « Sens des compétences » de la Parenting Stress Index (PSI, Abidin, 1990) est un indice qui s'améliore. Les relations mère enfant de ce groupe sont plus positives, l'environnement mesuré par le HOME s'améliore également, cela est bénéfique pour l'enfant ainsi que pour une relation d'attachement optimale. Le groupe intervention bénéficie donc plus des visites durant les 6 premières semaines de vie de l'enfant et ce n'est après les 12 premières semaines de vie que les mères primipares du groupe de comparaison montrent des compétences similaires ainsi qu'un stress concernant la capacité parentale diminué.

De nombreux autres programmes d'intervention précoce pourraient être décrits mais ce n'est pas le but de ce rapport.

2.3.2.6 MÉTA-ANALYSE DE SWEET ET APPELBAUM

Nous terminerons donc ces descriptions par les conclusions de la méta-analyse des résultats d'interventions précoces de Sweet et Appelbaum (2004).

Pour être considérés comme efficaces, les programmes de visites à domicile doivent aider les parents, médiateurs de l'évolution de l'enfant, l'enfant lui-même et la famille.

Concernant l'intervention avec les parents, il semble que les mesures parentales ayant une influence directe sur le développement de l'enfant sont les modifications des comportements parentaux et des attitudes parentales. Le facteur influençant de la manière la plus indirecte le développement de l'enfant est le développement professionnel, éducationnel (retourner à l'école, etc.) de la mère, sur lequel les visites à domicile n'ont pas de réelle influence.

Cette méta analyse montre également qu'en général, l'enfant bénéficie des interventions à domicile ; en effet, à la fin des interventions, les résultats aux niveaux cognitif et socio émotionnel étaient meilleurs que ceux des enfants des groupes contrôles.

Il est intéressant de noter que ces auteurs concluent qu'aucune structure ou caractéristique d'un programme ne sont liées à une influence significative sur les résultats des interventions.

Il ne faut pas oublier que les interventions précoces ont chacune un bruit interne important. En effet, deux interventions précoces peuvent avoir un même but principal, utiliser des infirmières pour se rendre aux domiciles, mais ces infirmières auront leur propre manière de poursuivre ce but une fois au domicile des familles. En outre, même au sein d'un même programme les représentations des intervenants peuvent varier et ainsi avoir influence sur leur comportement avec les familles. Il est important qu'un cadre précis soit fixé, que des objectifs clairs soient réfléchis et définis, voire hiérarchisés.

2.3.3 QUALITÉ ET PROCÉDURE DES INTERVENTIONS

BOX 9 : DESIGN DES INTERVENTIONS

Le design des interventions paraît souvent assez pauvre. Leur qualité doit faire l'objet d'une attention particulière. Voici quelques facteurs décrits dans la littérature comme ayant une influence sur celle-ci :

- La relation entre la famille et l'intervenant : Il semble que les caractéristiques personnelles de l'intervenant contribuent à instaurer une relation positive : la maturité, le fait d'être chaleureux, empathique et d'afficher une attitude non jugeante, la confiance en soi, la sensibilité culturelle, de bonnes compétences parentales.

- L'implication des parents : les impliquer à long terme n'est pas chose facile. Il existe des moments clés durant lesquels les facteurs qui influencent l'implication diffèrent ; les connaître et savoir les aborder est une clé de la relation avec ces familles.
 - **le parent a l'intention de s'impliquer** : Ce sont les facteurs individuels et notamment l'attitude face au service ainsi que les expériences passées qui influencent majoritairement l'intention de s'engager au sein d'un programme. Le travail sur la présentation du programme ainsi que sur les représentations que s'en font les parents est primordial. Les études suggèrent que le fait qu'un risque soit perçu à la fois au niveau de l'enfant et du parent pourrait enclencher une attitude positive face au service offert. Les normes subjectives provenant des groupes ou communauté de référence, des amis ou de la famille élargie influencent également les décisions de s'impliquer dans le programme.
 - **le parent décide de s'impliquer** : Il arrive que, en fonction de caractéristiques individuelles le partenaire ne soit pas d'accord au sujet des visites à domicile et donc la famille abandonne l'idée du programme, d'où l'intérêt d'une approche systémique dès le départ. Au niveau de facteurs du programme, il semble que plus le délai entre l'intention de s'impliquer et l'implication (le début de l'intervention) est long, plus l'implication risque de diminuer.
 - **le parent s'implique pour le long terme** : Trois niveaux ont un impact important ici : des caractéristiques individuelles, de l'intervenant ainsi que du programme. Des parents qui profitent d'une relation stable et agréable et de services prévisibles, planifiés à l'avance, auxquels sont amenés des services tangibles (vêtements, aliments, transports, etc.) et qui ont été enrôlés durant la période prénatale ont moins tendance à arrêter le programme en cours de route que ceux qui n'ont pas expérimenté ce genre de services.
- La formation continue des intervenants : les formations continues des intervenants couvrent 6 aires dans le but de développer une expertise :
 - historique des interventions à domicile, leur philosophie
 - connaissance et compétences concernant le processus d'aide
 - connaissance du fonctionnement d'une famille
 - connaissance du fonctionnement d'un enfant
 - connaissance et entraînement concernant le programme lui-même
 - connaissance et des compétences spécifiques à chaque communauté au sein desquelles il sera amené à travailler.
- La supervision continue des intervenants : un certain nombre de famille ont tendance à considérer l'intervenant comme un ami. Même s'il semble important pour les parents qu'ils sentent qu'ils ont la possibilité de parler de tout avec l'intervenant, sans être jugés, Il faut pourtant que ce dernier

puisse continuellement prendre un certain recul face aux situations, être capable de renégocier les liens, et surtout de garder un rôle approprié face à ces familles. La supervision permet à l'intervenant de faire un point sur le programme et les sentiments qu'il ressent. Il apparaît qu'une supervision continue a un effet positif sur le fait que les parents ne décrochent pas de l'intervention à domicile.

À ce sujet, Wolfe et Wekerle (1993) ont passé en revue des études concernant des interventions pour des familles au sein desquelles l'enfant a été maltraité. La pauvreté du design a attiré leur attention.

Roggman et al. (2001) introduisent leur article en disant que de nombreuses études n'ont pu prouver qu'il existe des bénéfices consistants sur les enfants suite aux interventions à domicile (Gomby, Culross and Behrman, 1999; Roberts and Wasik, 1990; St. Pierre and Layzer, 1999). Il serait plus intéressant alors, avant de tenter à tout prix de se centrer sur une analyse des résultats, de prendre le temps d'évaluer la qualité de ces interventions ainsi que les variations de procédés dont elles font l'objet.

2.3.3.1 RELATION ENTRE LA FAMILLE ET LES INTERVENANTS

Il apparaît assez clairement que la relation instaurée entre les parents, la famille et les intervenants à domicile est une clé de la réussite d'une intervention précoce.

Il semble que les caractéristiques personnelles de l'intervenant contribuent à instaurer une relation positive : la maturité, le fait d'être chaleureux, empathique et d'afficher une attitude non jugeante (McGuigan, Katzev, & Pratt, 2003), la confiance en soi, la sensibilité culturelle, de bonnes compétences parentales (Duggan et al., 1999). Nous trouvons dans l'étude de Heaman et al. (2007) que le respect est entendu comme le fait que les intervenants ne fassent pas se sentir les parents moins bons qu'eux. L'étude de DeMay (2003) a porté sur le récit et le ressenti des participants face aux intervenants d'un programme de santé publique comportant des visites à domicile intensives (durée de chacune : 120 minutes). Parmi les 22 personnes du groupe intervention qui ont répondu aux questions, des thèmes principaux se retrouvent au sein de leur discours : la satisfaction d'avoir augmenté leurs connaissances sur un tas de sujets (soins à donner aux enfants, leur développement, la grossesse, la discipline, etc.). De même que dans l'étude citée précédemment, les qualités de l'intervenant reviennent fréquemment dans les discours, ainsi que le fait que grâce à leur écoute non jugeante, à leur respect et à leur soutien, les parents ont pu développer une confiance en eux et une meilleure compétence parentale. Ils mettent en évidence la relation presque intime qui se crée entre eux et l'intervenant et le fait que celui-ci soit perçu comme une personne qui a un certain savoir, des ressources à leur proposer.

Tout n'est malheureusement pas toujours aussi positif. Lors d'une étude de Jack et al. (2005), les mères participant à ce type de programme d'intervention précoce à domicile rapportent s'être senties vulnérables et impuissantes durant les visites. Ces sentiments sont importants à prendre en compte et à constamment évaluer durant l'intervention.

Krysik et al. (2007) réalisent une étude qui s'intéresse à la signification qu'a la procédure du programme Healthy Families America pour les participants. Ils se posent des questions telles que : quelle est l'expérience vécue par les participants ? Comment conceptualisent-ils les buts de celui-ci ? Comment les participants comparent-ils leurs perceptions des bénéfices du programme aux objectifs de base ? Quels sont les facteurs qui sont retenus par les participants comme étant en lien avec la rétention des familles au sein du programme ? Comment les familles perçoivent-elles leur relation avec l'intervenant ?

Concernant le premier contact, les réponses des parents peuvent être réparties en 4 thèmes :

- la réaction immédiate positive (39 % des parents). Cela semble être un résultat encourageant. Lorsque le programme et le lien sont initiés de manière réfléchie et positive, les participants qui sentent que leurs besoins sont pris en compte montrent une telle réaction.
- réaction de questionnement (17 %). Ici se retrouvent des réactions telles que le scepticisme ou de l'inquiétude : « Comment ont-ils eu mon nom ? J'ai déjà été mère, je connais les choses, je ne suis pas une mère maltraitante », etc. Il est important que l'intervenant soit à l'écoute, qu'il s'assure que la famille ne se sent pas stigmatisée.
- réaction ambivalente (7 %)
- réaction neutre (37 %).

Krysik et al (2007) concluent qu'il est important que les intervenants fournissent une explication claire du pourquoi les familles sont sélectionnées, qu'ils insistent sur le fait que le programme ne stigmatise pas, qu'il explique la nécessité de faire un screening de départ ainsi que sa nature et finalement que ces intervenants puissent de manière équivalente expliquer les buts du programme avec notamment comme but plus large de permettre au jeune enfant de prendre un bon départ.

Tenter de bien cerner la famille, ses facteurs de risque, de résilience, son fonctionnement, les sentiments des parents est important notamment pour éviter un décrochage d'une famille qui ne se sentirait pas comprise. Fraser et al. (2000) expliquent que leur perte au niveau de l'échantillon serait notamment due aux déménagements fréquents des familles à risque ; de plus pour deux des familles, le fait d'exposer l'intervenant à leurs violences intrafamiliales a constitué une motivation pour stopper les visites à domicile. Avoir pris en charge ce facteur de risque de la famille dès le départ de l'intervention aurait peut-être permis à ces familles de se sentir soutenue dans cette difficulté de manière à peu à peu l'atténuer et se centrer ainsi sur les visites à domicile.

2.3.3.2 IMPLICATION DES PARENTS

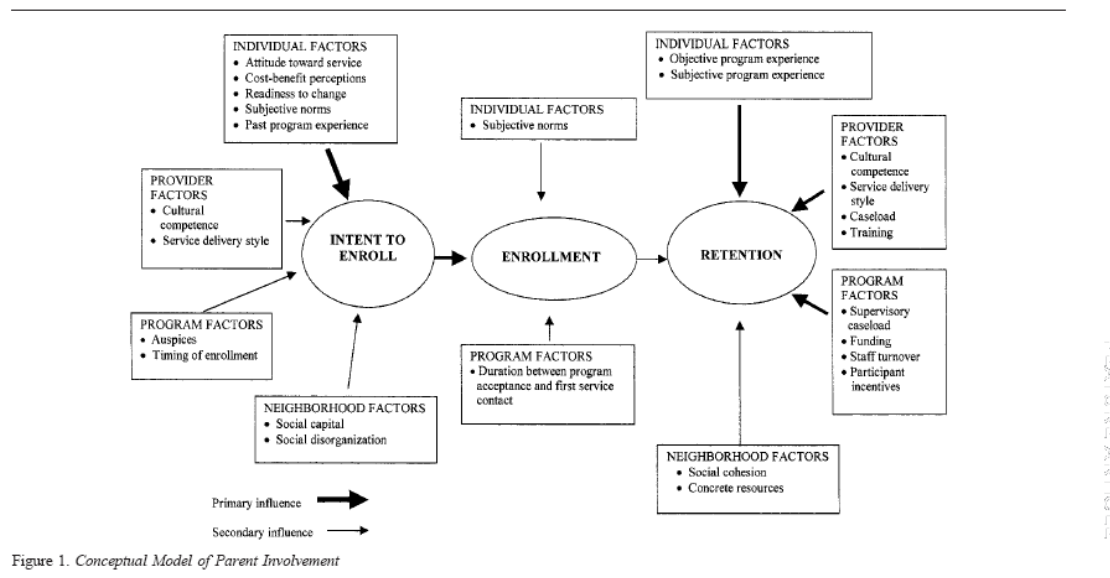


FIGURE 1 : IMPLICATION DES PARENTS

L'implication des parents au sein d'une intervention précoce est fondamentale. Mais comment faire, au-delà de la création d'une relation de confiance entre l'intervenant et la famille, pour susciter cet investissement et ainsi une possibilité d'obtenir de meilleurs résultats suite au programme ? Selon McCurdy et Daro (2001), il faut se référer à une théorie intégrative de l'implication parentale ; celle-ci tient compte de 4 grands domaines influençant l'investissement de parents au sein d'un programme : les caractéristiques individuelles, les caractéristiques de l'intervenant, les caractéristiques du programme et le contexte du voisinage (figure 1).

Il existe différentes étapes avant d'être pleinement impliqué au sein d'un programme. Selon Prochaska et DiClemente (1984), les personnes passeraient par une étape de « précontemplation » (ne pas penser à l'action), ensuite de « contemplation » (considérer l'action), puis une phase de préparation (être prêt à changer), d'engagement (changer, faire l'action) et finalement une phase de maintenance (persévérer dans le changement). Le modèle ici développé est en lien avec le précédent dans le sens où même lorsqu'il y a la phase de préparation à s'engager dans une nouvelle action, rien n'est acquis concernant la réelle implication, diverses étapes sont à franchir et divers facteurs sont à prendre en compte.

Ce sont les facteurs individuels et notamment l'attitude face au service ainsi que les expériences passées qui influencent majoritairement l'intention de s'engager au sein d'un programme. Le travail sur la présentation du programme ainsi que sur les représentations que s'en font les parents est primordial. Les études suggèrent que le fait qu'un risque soit perçu à la fois au niveau de l'enfant et du parent pourrait enclencher une attitude positive face au service offert. Si les bénéfices sont perçus comme dépassant les coûts, l'investissement sera plus probable. De plus, certaines recherches suggèrent que des normes subjectives provenant des groupes ou communauté de référence, des amis ou de la famille élargie influencent également les décisions de s'impliquer dans le programme. Les trois autres niveaux influencent plus légèrement l'intention de s'investir. Il semble que la sensibilité culturelle de l'intervenant et la manière dont il interagit avec la famille, dont il présente les bénéficiaires du programme (parent ou enfant ou les deux) ainsi que ses objectifs jouent aussi un rôle, plus faible (Daro, 2000 ; McCurdy, 1996 ; Slaughter-Defoe, 1993). Finalement, à ce niveau, certaines caractéristiques jouent également un faible rôle, par exemple

l'intervention, le soutien déjà avant la naissance est susceptible d'engendrer une volonté plus forte de s'impliquer au sein du programme.

Une fois ce premier pas franchi, l'implication n'est pas encore certaine. Il arrive que, en fonction de caractéristiques individuelles le partenaire ne soit pas d'accord au sujet des visites à domicile et donc que la famille abandonne l'idée du programme (National Committee to Prevent Child Abuse, 1996), d'où l'intérêt d'une approche systémique dès le départ. Au niveau de facteurs du programme, il semble que plus le délai entre l'intention de s'impliquer et l'implication (le début de l'intervention) est long, plus l'implication risque de diminuer.

En dernier lieu, qu'est ce qui fait que l'implication dure tout au long du programme ? Trois niveaux ont un impact important ici : des caractéristiques individuelles, de l'intervenant ainsi que du programme.

Tout d'abord, des *parents* qui profitent d'une relation stable et agréable et de services prévisibles, planifiés à l'avance, auxquels sont amenés des services tangibles (vêtements, aliments, transports, etc.) et qui ont été enrôlés durant la période prénatale ont moins tendance à arrêter le programme en cours de route que ceux qui n'ont pas expérimenté ce genre de services.

Des croyances subjectives peuvent également avoir une influence sur le maintien du programme. S'il y a une intersection importante entre les objectifs du parent et ceux du programme, si l'intervenant répond aux attentes que s'est fixé le parent et si les bénéfices continuent à dépasser les coûts (d'où l'importance de parler ensemble, intervenant et parent, de l'évolution de la situation) alors il y a de nouveaux moins de chance de se trouver face à des abandons.

Concernant les caractéristiques de *l'intervenant*, McCurdy et Daro (2001) citent la sensibilité culturelle ainsi que la manière d'interagir comme facteurs principaux. De plus, un nombre limité de familles pour chaque intervenant ainsi qu'une formation continue pour augmenter la compréhension face à l'autre fondent la capacité de l'intervenant à délivrer efficacement les services et à augmenter ensuite la volonté des parents de continuer à s'impliquer au sein du programme.

La question de la culture est un point relativement important et souvent méconnu. S. Sullivan, dans son rapport, écrit : « Dans le but de déterminer comment les valeurs culturelles et communautaires peuvent varier, Polansky a comparé les perceptions de mères noires et de mères blanches, issues de la classe ouvrière et de la classe moyenne, d'un milieu rural et d'un milieu urbain. Ces recherches ont démontré des différences significatives dans les conceptions de la négligence à l'égard des enfants. Les mères en milieu urbain semblaient plus soucieuses des soins psychologiques, tandis que les mères en milieu rural mettaient davantage l'accent sur les soins physiques. Les mères de la classe ouvrière semblaient plus aptes à percevoir la négligence physique, tandis que les mères de la classe moyenne mettaient l'accent sur la négligence psychologique. Par ailleurs, les mères noires se sont montrées légèrement plus soucieuses des conséquences de la négligence que ne l'ont fait les mères blanches (Rose et Meezan, 1993, p. 286). Dans le même ordre d'idées, les recherches citées par Becker et al. (1995) ainsi que par Rose et Meezan ont elles aussi démontré des différences ethniques : les Noirs semblaient plus préoccupés que les hispanophones par le phénomène de la négligence, et ces derniers en semblaient pour leur part plus préoccupés que les Blancs. De plus, « Dubowitz et al. (1998) ont comparé les points de vue sur la négligence à l'égard des enfants qui prévalent chez des membres des communautés afro-américaine et blanche issus de la classe moyenne et de milieux socioéconomiques défavorisés, à ceux qui prévalent chez des professionnels spécialistes des mauvais traitements. L'étude a révélé des différences légères mais toutefois significatives : les deux groupes issus de la classe moyenne se sont montrés plus soucieux des soins psychologiques que ne l'ont fait les membres du groupe afro-américain. Les deux groupes d'Afro-américains étaient pour leur part plus soucieux des soins physiques que les Blancs. »

2.3.3.3 FORMATIONS

Les formations continues semblent également être une clé de voûte des interventions précoces « réussies ». Amener aux intervenants des formations concernant le développement de compétences telles que le développement de la confiance, de moyens de soutenir ces familles ainsi que le développement de la capacité à entrer dans des communications empathiques peut permettre d'augmenter l'efficacité des interventions à domicile ainsi que d'augmenter le sentiment d'efficacité au sein de l'équipe et des familles. En outre, le fait de limiter le nombre de familles au sein desquelles intervient une même personne a été suggéré pour permettre à la personne de créer un lien plus solide avec chacune (Daro et al., 2003).

Wasik (1993) recommande que les formations continues des intervenants couvrent 6 axes dans le but de développer une expertise :

1. historique des interventions à domicile, leur philosophie
2. connaissance et compétences concernant le processus d'aide
3. connaissance du fonctionnement d'une famille
4. connaissance du fonctionnement d'un enfant
5. connaissance et entraînement concernant le programme lui-même
6. connaissance et des compétences spécifiques à chaque communauté au sein desquelles il sera amené à travailler.

Concernant les caractéristiques du programme, ont été retenus surtout : la présence de supervision (permet de s'assurer que les services adaptés sont offerts, d'éviter le burn out et la frustration), un programme avec des fondations stables et solides offrant des services agréables, apporter des services attirants pour le parent pour maintenir sa motivation, etc. Une influence plus faible est jouée par la cohésion sociale et le fait que parents et voisinage partagent une confiance et des valeurs communes.

Duggan et al. (2004) attribuent leurs faibles résultats positifs suite à l'intervention précoce à domicile à des incertitudes dans l'implémentation du programme. Ils pensent que souvent les formations données aux intervenants se centrent majoritairement sur une transmission de connaissances et non pas sur le développement de compétences et habilités concrètes. Les intervenants manqueraient d'expertise et de supervisions adaptées, ils auraient des difficultés à identifier des facteurs risques de maltraitance et/ou de négligence, à motiver et orienter les familles vers le changement, à lier les familles et d'autres services d'aide.

2.3.3.4 SUPERVISIONS

Créer un lien est certes nécessaire, toutefois, il est important de maintenir des liens professionnels clients. En effet il semble, toujours suite à cette même étude de Heaman et al. (de même que dans l'étude de Krysik et al., 2007) que les parents ont tendance à considérer l'intervenant comme leur ami, à l'inviter aux anniversaires de l'enfant ou autres événements de la famille. Il semble important pour les parents qu'ils sentent qu'ils ont la possibilité de parler de tout avec l'intervenant, sans être jugés (Krysik et al., 2007). Il faut pourtant continuellement prendre un certain recul face aux situations, être capable de renégocier les liens, et surtout de garder un rôle approprié face à ces familles. De plus, les situations de négligence sont susceptibles d'entrer, parfois même inconsciemment, en résonance avec le propre vécu ou questionnement des intervenants. En ce sens, des supervisions continues sont une autre clé de la réussite mais aussi du bien-être des intervenants.

Il existe également des preuves que la supervision continue a un effet positif sur le fait que les parents ne décrochent pas de l'intervention à domicile (McGuigan et al., 2003). Comme cela avait été brièvement abordé au point précédent, ce qui se passe durant une visite, les interactions entre l'intervenant et le parent (ayant chacun un fonctionnement, une psychologie, un vécu propre) peuvent avoir un impact sur les résultats de l'intervention. A ce sujet, les représentations jouent un rôle important au sein de ces interventions pouvant aller jusqu'à influencer les résultats.

Roggman et al. (2001) trouvent dans leur recherche que suite à des entretiens avec des chercheurs que les parents ne connaissent pas, que ceux-ci ont des réactions très positives concernant les intervenants d'Early Head Start ainsi que des visites à domicile. Par contre, les visions que développent les chercheurs suite aux analyses de données et celles développées par les intervenants ne convergent pas sur la possible évolution des parents. La relation que les intervenants développaient avec les parents était fortement liée à l'idée qu'ils se faisaient de l'évolution des compétences des familles. Lorsqu'elles leur semblaient bénéficier de leurs visites, faire des progrès au niveau de leur fonctionnement, les intervenants vivaient ces visites ou ces familles de manière plus positive que dans d'autres situations ou visites.

Dans l'étude de DeMay (2003), même s'il n'y a que 8 visites par an pour le groupe intervention (deux fois plus que celle des infirmières du groupe « contrôle »), la durée de la visite est de 2h ; celle-ci pose des problèmes à certaines personnes, à d'autres pas. Une personne a également émis l'idée qu'étant stressée elle aurait voulu des visites plus rapprochées au départ. Il semble en conclusion qu'il soit important que les visites puissent rester flexibles et ainsi s'adapter dès le départ aux besoins des familles. Prendre le temps d'en discuter au départ de l'intervention peut avoir une influence sur la confiance et le lien qui se créent durant l'intervention.

2.3.4 L'UTILISATION DU MASSAGE COMME TECHNIQUE D'INTERVENTION

BOX 10 : UTILISATION DU MASSAGE

Pour les parents, les massages consistent en des moments de relaxation, d'interactions positives, qui accroissent leur conscience du développement de l'enfant ; ils apprennent à lire et à répondre aux signaux verbaux et non verbaux émis par leur enfant et gagnent confiance en eux.

Le bébé apprend qu'il est aimé, valorisé et que la relation tient une place importante. Cela lui permet de développer son identité, ses forces. Cela renforce également les systèmes immunitaire, respiratoire, nerveux, digestif, etc.

L'hypothèse a été émise que le massage induirait une augmentation d'ocytocine (hormone connue pour augmenter le comportement maternel chez les animaux) à la fois chez la mère et chez le bébé, ce qui pourrait alors promouvoir le développement d'un lien mère enfant.

Glover et al. (2002) montrent que l'intérêt du massage n'est plus à démontrer concernant les situations de mères en dépression post-natale, mères à risque de négligence pour leurs enfants. En effet, elles peuvent sembler indifférentes, ne pas sourire ou parler à leurs enfants autant que les autres mères le font, ou au contraire, elles peuvent se montrer intrusives et porter rudement leurs bébés. Celui-ci en retour peut alors se comporter nerveusement, soit en pleurant excessivement, soit en se repliant sur lui-même, en devenant passif (Tronick & al., 1997). Dès la période néonatale, le bébé d'une mère déprimée semble développer un profil dérégulé, caractérisé notamment par une réactivité diminuée à l'échelle de Brazelton, de même qu'une réactivité limitée aux expressions faciales. Il en est de même pour les comportements de jeux, tout comme ceux d'exploration.

Finalement, les scores au test de Bayley sont inférieurs et un retard de croissance est présent à 12 mois.

Le massage encourage les mères à être attentives à leur bébé, à mieux le comprendre, à interagir avec lui d'une manière plaisante. Il aurait pour bénéfice également d'améliorer l'apprentissage (Cigales et al., 1997). Field (1998) insiste sur le fait que le massage a pour vertu notamment de diminuer l'excitation du système nerveux sympathique à la fois chez le bébé et chez la maman ce qui permet aux interactions d'être plus agréables, les deux personnes étant plus capables de se répondre et devenant plus disponibles aux interventions portant sur la relation mère enfant.

Glover et al. (2002) ont démontré qu'avant l'intervention basée sur le massage, les interactions entre le type de mères présentées ci-dessus (12 dans cette étude et 13 dans le groupe contrôle) et leur enfant étaient pauvres ; elles s'améliorent grâce aux massages. L'hypothèse a été émise que le massage induirait une augmentation d'ocytocine (hormone connue pour augmenter le comportement maternel chez les animaux) à la fois chez la mère et chez le bébé, ce qui pourrait alors promouvoir le développement d'un lien mère enfant.

Au cours de son étude, des poupées sont utilisées par les intervenants (comme cela se fait au cours de l'intervention ETAPE), ce qui permet aux parents de gagner confiance dans leur capacité à porter, à toucher, à s'occuper de leur enfant en observant les gestes des intervenants. Grâce aux expériences positives vécues au cours de ces massages, les parents augmentent également leur estime d'eux-mêmes.

Les intervenants suivent une formation : stimulation et développement de tous les systèmes physiologiques, relaxation, ce qui permet de nouer un lien d'attachement, de soulager le stress de l'enfant, etc. Rassurer les parents est une étape nécessaire et il est important qu'ils comprennent que d'autres personnes vivent les mêmes problèmes. Les intervenants insistent aussi sur le fait que le bébé est une personne active dans ces massages, ils encouragent les parents à demander l'avis du bébé, à observer leurs réactions, etc.

Adamson (1996) introduit son article sur le massage par une de ces conversations avec le Dr Heintz (psychiatre, psychothérapeute et thérapeute familial) ; celui-ci avait observé durant son travail avec les adultes, que ceux qui n'avaient bénéficiés des gestes emplis d'amour durant leur enfance échouaient à développer une identité ainsi qu'une estime de soi solide, ils seraient également plus vulnérables suite à un traumatisme. Le toucher, sans trop souvent négligé selon Adamson, serait aussi une sorte d'aliment de base pour l'enfant et à ce propos, il cite les mots de Leboyer (1977): « Nourrir les bébés de contacts, nourrir leur peau, leur dos, de touches est aussi important que remplir leurs estomacs ».

Adamson résume les bénéfices de ces massages dans son article ; il s'agit d'abord d'apprendre au bébé qu'il est aimé, valorisé et que la relation tient une place importante. Cela permet au bébé de développer son identité, ses forces. Cela renforce également les systèmes immunitaire, respiratoire, nerveux, digestif, etc. Le bébé peut petit à petit développer une conscience de son corps, de sa coordination, etc. Il sera au sein d'une relation sécurisante. Les massages sont des moments de réconfort (suite à des coliques ou autres douleurs). Adamson dit également que le massage peut aider à surmonter les traumatismes de la naissance.

Pour les parents, les massages consistent en des moments de relaxation, d'interactions positives, qui accroissent leur conscience du développement de l'enfant. Ils apprennent à lire et à répondre aux signaux verbaux et non verbaux émis par leur enfant et gagnent confiance en eux.

Mackereth et Tipping (2003) parlent du massage comme d'une technique de facilitation d'un contact positif parent enfant, facilement reproductible et flexible, au cours de laquelle il faut

encourager et soutenir un travail amusant, exploratoire et sensible de partenariat et finalement fournir des informations essentielles pour guider le parent dans ces gestes et observations vis-à-vis de l'enfant.

Les pères, même s'ils sont moins présents lorsqu'il s'agit du massage, restent au centre de l'intérêt de certaines études. En Australie par exemple, des chercheurs se sont penchés plus sur les programmes de massage impliquant les pères et leur bébé (Scholz, K., & Samuels, C., 1992). D'un groupe de 32 pères, 16 ont bénéficié d'un apprentissage du massage pour bébé ; ceux-ci ont ensuite été comparés aux 16 autres, formant un groupe contrôle, après 12 semaines. Les bébés du groupe expérimental étaient plus interactifs avec leur père, produisaient plus de vocalisations et présentaient moins de comportements d'évitement que ceux du groupe contrôle. Des résultats similaires ont été trouvés par Field (2000).

Mackereth et Tipping (2003) n'ont eu qu'un seul père sur 15 participants, mais son discours est intéressant. Le fait d'avoir un bébé à la maison change le fonctionnement familial, ce père exprime le fait qu'il était facilement irritable et qu'il était plus vite fatigué qu'avant. Il ne lui était pas facile d'interagir agréablement avec son bébé, cela semblait se résumer à nourrir et à changer des couches. Il explique les séances de massages étaient des moments d'interactions de qualité basés sur autre chose que les besoins physiologiques et les routines.

Il est intéressant que le père participe à ces massages ; selon Adamson (1996), le bébé bénéficie ainsi des deux types d'énergies ; le toucher du père est plus énergique alors que celui de la mère donne à l'enfant la sensation d'être enraciné dans son corps et cela permet d'accroître sa confiance en lui.

Les questions de la culture sont importantes à prendre en compte et à discuter ; par exemple le clivage des rôles : la maman pour les câlins, le soutien affectif et le papa qui est la figure d'autorité, de discipline.

En outre, certains se questionnent sur l'aspect sexuel qu'ils perçoivent dans le massage, ce qu'ils mettent en lien avec l'abus sexuel plus tard. Cela ne prédispose pas l'enfant à avoir des contacts plus tactiles ou sexualisés avec les autres, les études tendent à montrer l'opposé ; en effet, il semble que les enfants qui ont bénéficié de massages depuis leur plus jeune âge développent une grande capacité pour différencier les gestes appropriés et inappropriés de leurs relations sociales.

3 ETAPE, PAS À PAS VERS L'ÉVALUATION

L'évaluation se situe au sein d'une réflexion complexe. En effet, des erreurs méthodologiques peuvent rapidement s'insinuer. Dans le cas des études concernant les maltraitances, il est d'ailleurs difficile d'éviter le fait que les échantillons sont souvent petits et les informations concernant le pourquoi des abandons en cours d'intervention manquent ; celles-ci pourraient aider à mieux comprendre les besoins de ces familles au niveau de la prise en charge (Corcorane, 2000).

L'évaluation est un processus de production d'un jugement de valeur pour conduire une action par des décisions (Demarteau, 1998). Elle permet, comme le résume Stufflebeam (1971), de lier les actions et le vécu, le discours des intervenantes mais doit également pouvoir rencontrer les enjeux des différents acteurs (financeurs, membres du groupe de pilotage, intervenantes, etc.).

Dans le but de créer une méthodologie adaptée, une participation à la formation continue réalisée à l'Ecole des Hautes Etudes de Santé Publique de Rennes (EHESP) a pu être mise en place. Elle s'intitulait : « Evaluation des actions de promotion et d'éducation pour la santé ». ETAPE a pu y être travaillé comme exercice avec des professionnels de l'action sanitaire et sociale. Les remarques de ces professionnels seront injectées dans la suite de notre réflexion. Cette formation a permis une appropriation d'outils d'évaluation ainsi que de nous orienter vers une approche participative et négociée de l'évaluation. Cela signifie que la définition des questions d'évaluation ainsi que la mise au point des modalités et outils de collectes de données sont négociés entre l'équipe de recherche, les promoteurs et les intervenants du programme.

3.1 PRÉMICES : QUALITÉ DU PROGRAMME

Repartons du schéma de Forget qui a été à l'origine de la réflexion concernant l'évaluation. Celle-ci est multidimensionnelle et porte à la fois sur les résultats, la mise en œuvre mais également sur la qualité. La question de la pertinence du programme se posait. La littérature amène des pistes mais que pouvons-nous en faire si elles ne sont pas applicables par et aux personnes impliquées dans ETAPE ? Pour répondre au mieux à la question de la pertinence, il est nécessaire d'analyser avec les intervenantes le contexte et la réalité de leur action. Quint-Essenz, qui est un outil d'analyse de la qualité d'un projet, a été utile à ce stade de la recherche. Il a été préalablement distribué et décrit aux intervenantes de manière à pouvoir individuellement compléter la grille. La chercheuse a de son côté rempli la grille suivant ce qu'elle avait pu observer et entendre lors de réunions d'équipe. Une réunion d'environ deux heures a été consacrée aux discussions suscitées par cet outil. La parole est laissée aux intervenantes, de manière à leur permettre d'exprimer leur vision des forces et faiblesses du programme. La personne externe participe à la discussion et elle peut y injecter des interrogations ou hypothèses issues de la littérature.

Box 10 : Quint-Essenz

« Quint-Essenz est un outil de gestion de projet axé sur le développement de la qualité de projets en promotion de la santé et en prévention. Promotion Santé Suisse a développé cet outil spécifiquement pour des professionnels et des organisations qui planifient, pilotent et évaluent des projets ou programmes dans ces domaines.

La liste des critères de qualité présentée ici est le résultat d'un développement de plusieurs années effectué lors d'accompagnement de projets. Il a aussi été tenu compte des commentaires du monde professionnel en prévention / promotion de la santé. Les critères de qualité sont applicables à tout projet de promotion de la santé ou prévention : la définition des objectifs, la prise en compte des besoins de la population, de l'égalité des chances, de l'empowerment, de l'évaluation, de sa méthodologie, etc. Chaque critère est accompagné d'indicateurs classés selon la phase du projet considérée.

site <http://www.quint-essenz.ch/fr>

3.1.1 QUINT-ESSENZ

Cette grille soutient une réflexion systématique sur la qualité d'un programme à partir de critères et indicateurs précis. Les catégories abordées sont :

- a. concepts de promotion de la santé
- b. justification du projet
- c. planification du projet
- d. organisation et pilotage du projet
- e. impacts

Nous allons les passer en revue en n'abordant que les critères et indicateurs ayant un intérêt pour notre propos. Les points forts ainsi que les points faibles seront repris au sein d'une synthèse.

3.1.1.1 CONCEPTS DE PROMOTION DE LA SANTÉ

Les intervenantes du programme ETAPE ont d'abord réfléchi à l'égalité des chances en matière de santé. Par exemple, la grille de facteurs de risque qui permet d'identifier les bénéficiaires potentiels mène à des personnes ciblées qui fréquemment n'ont pas accès facilement aux soins nécessaires. Les scores sont positifs, comme pour l'indicateur : le projet a permis d'atteindre les personnes et groupes chez lesquels il y avait effectivement un besoin d'intervention. Cet indicateur a fait l'objet d'une discussion qui a mené à l'idée que les familles incluses dans ETAPE avaient en effet besoin de l'intervention, cependant, il y avait un petit nombre de familles bénéficiaires du programme, nombre plus bas que le celui des familles qui en auraient réellement eu besoin. Cela a pu être mis en lien avec le fait que la présentation utilisée jusqu'à présent n'a pas permis l'accès à toutes ces familles. La discussion qui a suivi cette remarque a révélé un manque de clarté du cadre et des objectifs du programme pour les adresseurs¹. Il est apparu que la grille qui met la puce à l'oreille pour sélectionner les familles devait être actualisée, clarifiée avec les intervenantes et également discutée avec les adresseurs actuels et potentiels. Par exemple, « Pauvreté » est un des facteurs les plus fréquemment répertoriés lors des prises en charge.

¹ Soignants et intervenants de première ligne qui orientent les familles vers ETAPE (médecins généralistes, TMS, assistants sociaux, etc.)

Cependant, en creusant un peu, il ressort que les représentations de la pauvreté diffèrent d'une personne à l'autre. Il est nécessaire que cette notion soit rediscutée en équipe afin de définir ensemble des critères plus concrets permettant ainsi de « cibler » les familles d'une manière qui soit la moins stigmatisante possible car toutes les familles « pauvres » ne sont pas négligentes envers leur enfant. De plus, cette préoccupation concernant la perception de stigmatisation a été rencontrée également par les professionnels côtoyés à l'EHESP. Comme le signale la littérature, la pauvreté n'est pas un facteur de risque direct de la négligence, mais bien indirect, au travers des préoccupations financières, du stress parental engendré de l'inadéquation des logements entraînant une grande promiscuité, etc. Nous avons donc développé un nouvel outil baptisé « Puces à l'oreille » pour soutenir la discussion avec les adresseurs autour des bénéficiaires potentiels du programme ETAPE (voir ci-dessous au point 3.2.1). Nous espérons que cette grille permettra de mieux faire comprendre notre cadre d'intervention.

L'indicateur de Quint Essenz « Le cas échéant, l'origine ou l'appartenance à un groupe ethnique est pris en compte de manière appropriée » a posé question. Rien dans le programme n'est spécifié à ce propos, or la différence de culture entre les familles et l'intervenante est une grande difficulté. Les intervenantes sont en demande d'aide à ce niveau. Une formation ciblée sur ce thème pourrait être mise en place.

Au point « renforcement des ressources et empowerment », un accord est trouvé. Le projet est bien orienté mais manque de propositions concrètes pour y arriver, pour guider les intervenantes.

Il ressort de cette première section que si ETAPE est bien un programme réfléchi en ce qui concerne les populations cible, le lieu d'intervention ou la notion d'empowerment, il manque d'un cadre concret et clair. L'intervention a évolué à l'insu des créateurs vers des actions sur l'enfant et le lien parent enfant et en plus sur le parent lui-même (amélioration de l'estime de soi, des représentations, attributions causales, etc.). Le cadre de base pourrait être réécrit de manière élargie.

3.1.1.2 JUSTIFICATION DU PROJET

La recherche au sein de la littérature a permis d'asseoir la légitimité du projet et d'apprendre à partir d'expériences similaires. Toutes les intervenantes sont d'accord sur le fait que ce programme répond à un besoin des parents et des enfants d'être soutenus dans leur développement. Au-delà de cela, leurs besoins particuliers ne sont pris en compte que lorsqu'ils sont clairement déchiffrables ; en cas d'ambiguïté, ils ne sont pas sondés. Il n'y a pas vraiment de tentative de verbalisation entre l'intervenant et le(s) parent(s). De nouveau, une formation pourrait être réfléchie pour pallier à cette difficulté.

En outre, l'aspect juridique semble être passé à la trappe. Une réflexion est en cours pour éviter de basculer en situation de non assistance à personne en danger ; la limite est parfois floue.

3.1.1.3 PLANIFICATION / ORGANISATION ET PILOTAGE DU PROJET

Ce troisième point permet de mettre le doigt sur une difficulté inhérente au programme ETAPE. Au regard de la revue de littérature, il est apparu que la structure du programme manque de clarté. Les intervenantes elles-mêmes ont pu exprimer qu'elles vivaient mal le manque de balises, d'objectifs clairs et précis dans le temps. Le manque de structure est aussi prégnant dans l'organisation du projet : la structure n'est pas perçue de la même manière par chaque acteur à cause du manque de clarté à la base de l'intervention. Le groupe de pilotage souhaiterait des profils de compétences, des objectifs et des rôles mieux définis. Le manque de clarté s'exprime également au niveau de la stratégie de mise en réseau. Elle fait l'objet d'une réflexion dans l'espoir de maintenir des effets positifs à long terme.

Les participants à la formation de l'EHESP avait également relevé l'absence de réel « pilote » de ce projet, la nécessité de clarifier les rôles de chacun et le manque de soutien aux acteurs (formations, supervisions, etc.).

Le manque de cadre a amené à revoir les fonctions du groupe de pilotage :

- comptabilité, recherche de subsides
- recherche pour faire évoluer ETAPE
- résolution des incompréhensions ou des difficultés entre les différents acteurs (intervenantes, adresseurs, familles, etc.) du programme. Face aux familles, l'intervenante pourrait parler du groupe de pilotage comme d'un tiers au sein de la relation professionnelle qui se crée.
- supervision des intervenants face aux situations difficiles. Le besoin de supervision des intervenantes, profondément impliquées dans le programme, a émergé. Les rencontres dédiées à cet objectif devront se distinguer des réunions mensuelles avec le groupe de pilotage.

La gestion quotidienne deviendrait une compétence des intervenantes.

3.1.1.4 IMPACTS

Un vécu d'inertie peut être fréquent dans un programme d'intervention car il est difficile d'atteindre rapidement de grands objectifs. Pour aider et soutenir les intervenantes dans leur travail, de même que pour aider à l'évaluation du projet, un outil d'analyse de la situation a été développé pour fixer des objectifs d'intervention pour chaque famille à court, moyen et long terme : MASPIN (Méthode d'Analyse de la Situation et Projet Individualisé concernant la Négligence). Les évaluations régulièrement réalisées pour chacun des acteurs du programme (intervenants, adresseurs, familles, enfants) sont une des forces de ce programme. Cela permet de vérifier l'atteinte des objectifs et s'ils ne le sont pas, de le justifier, d'apprendre et de reformuler les impacts visés.

3.1.2 RÉFLEXION SUR LES OBJECTIFS D'ETAPE

Pour clarifier notre pensée et voir vers quelle méthodologie d'évaluation nous voulions nous diriger, nous avons créé un tableau récapitulatif de ce que nous a apporté la revue de littérature. Cet apport a été mis en lien avec le programme. Ce tableau a été discuté en équipe, avec les membres du groupe de pilotage, et a été enrichi. Il nous a permis de rediscuter les objectifs d'ETAPE ainsi que de son processus et de leur pertinence (Tableau 2).

TABLEAU 2 : SYNOPSIS DE LA LITTÉRATURE

	Enfant	Parent (souvent la mère)
Difficultés citées dans la littérature	<ul style="list-style-type: none"> a. Trouble de l'attachement b. Retard de développement et retard cognitif : visible parfois au niveau physique, au niveau de la motricité, des jeux, de l'exploration, du langage, etc. (Hyldiard et Wolfe, 2002 ; Gowen, 1993, Dawson et al., 1994) c. Difficultés émotionnelles : trouble de la régulation, etc. (Waldinger et al., 2001 ; Toth et al., 1997) d. Difficultés sociales (Egeland et Sroufe, 1981 ; Crittenden, 1992) e. Conséquences neurophysiologiques : perte de neurones non utilisées, modification cérébrale (Burke, 2000) perturbation du fonctionnement de l'axe hypothalamo-hypophysaire, etc. (Gunnar ; Field, 1998) 	<ul style="list-style-type: none"> a. Difficultés cognitives (Hyldiard et Wolfe, 2002, 2007) <ul style="list-style-type: none"> - moins de perceptions positives de l'enfant - connaissance inadéquate - attentes négatives vis-à-vis de l'enfant - idée d'un contrôle interne et stable au niveau du comportement de l'enfant - problèmes d'attentions vis-à-vis des signaux émis par l'enfant - biais au niveau de la reconnaissance des émotions d'autrui et donc de l'enfant - illusion de contrôle b. attachement non résolu qui explique en partie les difficultés cognitives et émotionnelles (DeOliveira, Moran, & Pederson, 2005) c. accumulation de difficultés et stressseurs : <ul style="list-style-type: none"> - problème de santé mentale Lutzenbacher, 2007 : dépression, mauvaise estime de soi, etc.) et abus de substances - problèmes économiques - passé marqué par un vécu de négligence voire de maltraitance - conflits conjugaux
Objectifs d'ETAPE	<ul style="list-style-type: none"> a. développement psychomoteur en accord avec l'âge de l'enfant b. impacts sur les Modèles internes opérants et estime de soi positive c. réussite et intégration scolaire à long terme d. capacités résilientes accrues 	<ul style="list-style-type: none"> a. attente conforme à l'âge de l'enfant b. meilleure compréhension des signaux de l'enfant c. capacité de coping, de résilience accrue d. savoir soigner et stimuler l'enfant e. savoir comment le protéger f. être attentif à la place du tiers (souvent le père) g. agrandissement du réseau social h. identification et reconnaissance des problèmes (santé mentale, conjugaux, etc.) i. augmentation de la confiance et de l'estime de soi j. si les g et h ne peuvent être réalisés totalement, au moins sensibilisation les familles à ces difficultés.
Actions d'ETAPE	<ul style="list-style-type: none"> a. Création d'une relation positive b. Stimulations (motrices, intellectuelles, etc.) via le jeu c. Massages (ici aspect prise de conscience d'un corps unifié, qui peut ressentir du plaisir) 	<ul style="list-style-type: none"> a. explications, de démonstration de comportement durant le massage et le jeu avec l'enfant b. discussions, partages d'informations, écoute du vécu parental et des difficultés c. une orientation adéquate pour d'autres soins (santé mentale, etc.)

	Mère-enfant	Intervenante-mère
Difficultés citées dans la	<ul style="list-style-type: none"> a. trouble de l'attachement accompagné de difficultés émotionnelles diverses (Lynch & Cicchetti, 1991 ; Toth et al., 1997 ; Pollack, Cicchetti, Hornung, & 	<ul style="list-style-type: none"> a. L'accroche (McCurdy & Daro, 2001) b. La création d'un lien de confiance (Jack et al., 2005)

littérature	Reed, 2000 ; Schore, 2002, Miljkovitch et al., 2003)	
Objectifs d'ETAPE	a. les relations d'attachement créées avec l'intervenante permettent à la mère et l'enfant d'apprendre une relation d'attachement qu'ils peuvent appliquer à leur propre relation	a. un engagement et un suivi à long terme au sein du programme b. une relation professionnelle de proximité et transparence Début prénatal (Honing & Morin, 2001)
Actions d'ETAPE	a. le développement d'un lien entre l'enfant et l'intervenante ainsi qu'entre l'intervenante et la mère b. mises en situation de jeux où l'intervenante est actrice et peu à peu laisse la mère et l'enfant pour n'être plus qu'observatrice, conseillère. c. Massage (en tant que moyen d'apprendre à se connaître via une relation positive, relaxante, d'écoute, de regard, apprentissage du holding)	a. Présentation précise du programme et discussion du cadre b. Discussions libres entre les deux (Krysik et al., 2007)

	Intervenante	Intervenante - intervenant (e)
Difficultés citées dans la littérature	a. Difficulté à présenter ETAPE de manière claire, transparente et non jugeante b. La gestion du lien c. Les représentations (dont un sentiment d'inertie avec la famille) d. Les résonances (écho de sa propre histoire)	a. communication peu claire b. relais entre adresseurs et intervenantes pas toujours bien géré, présentation d'ETAPE incomplète, etc.
Objectifs d'ETAPE	a. rendre l'intervenant à l'aise avec la présentation du projet et convaincu de la place qu'il tient sans se sentir trop intrusif b. dépasser sa propre histoire pour être complètement à l'écoute de l'autre tout en étant capable de prendre du recul	a. formations des « thérapeutes » en plus de celles déjà citées des intervenants
Actions d'ETAPE	a. formations continuées pour les intervenantes (cfr. Wasik, 1993) : empathie, communication, philosophie de l'aide précoce, etc. b. supervisions	a. meilleure compréhension de ce qu'est ETAPE meilleure collaboration entre les différents services et les différentes personnes impliquées au sein de ce programme

3.1.3 UNE THÉORIE DE L'ACTION

La synthèse de la littérature a permis de rendre explicite les présupposés sur lesquels est construit le programme. Ensuite, le vécu, la réalité du programme, recueillis notamment via Quint Essenz, nous ont appris que les objectifs étaient flous et que les intervenantes manquaient de repères temporels au niveau de leurs actions.

L'outil de catégorisation des résultats de Promotion Santé Suisse décrit lors de la formation à Rennes, nous a aidés à mettre sur pieds une théorie de l'action qui permet de dépasser ces difficultés et de préparer l'évaluation (poser les bonnes questions, définir les tests, les indicateurs,

etc.)(Figure 2). Les théories d'actions sont des cadres conceptuels qui permettent de clarifier les hypothèses du projet/programme et les liens de causalités entre les divers niveaux d'objectifs (immédiats, intermédiaires et long terme). Cette représentation offre aussi une vision simplifiée et synthétique du programme.

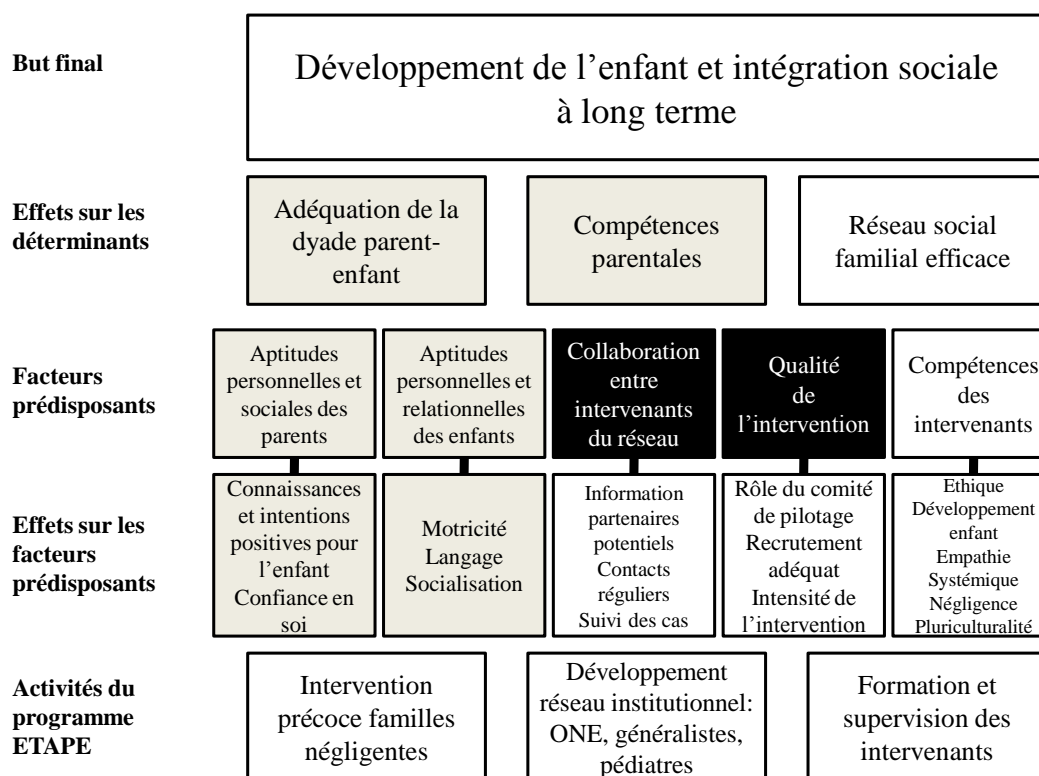


FIGURE 2 : OBJECTIFS ET ÉVALUATION D'ETAPE. CASES GRISÉS = ÉVALUATION DE RÉSULTATS ; CASES NOIRES = ÉVALUATION DE PROCESSUS

L'examen de la littérature scientifique nous apprend que l'objectif de développement de l'enfant ne peut se réaliser que dans un environnement familial et social adéquat. Une première série d'objectifs intermédiaires se rapportent donc à trois catégories de déterminants mis en évidence par la littérature : l'adéquation de la dyade parent enfant, les compétences parentales, l'élargissement du réseau social de la famille.

Une seconde série d'objectifs intermédiaires se rapporte aux facteurs prédisposants à mettre en relation avec ces déterminants :

- d'un côté, les aptitudes personnelles et sociales des parents, leurs connaissances et intentions positives, les aptitudes personnelles et relationnelles des enfants seront englobés comme des résultats à court terme du programme ;
- de l'autre, l'amélioration des compétences professionnelles des intervenants, les collaborations en réseau et l'engagement des professionnels des partenaires du programme seront considérés comme des critères de qualité du programme indispensables à l'atteinte des objectifs de celui-ci. En effet, les difficultés de recrutement de nouveaux bénéficiaires, de gestion du programme et de collaboration avec le réseau social mises en lumière dans le rapport de mai 2007 nous commandent d'être attentifs à la globalité du processus.

Enfin, les trois types d'activités développées par le programme pour permettre la mise en place de ces critères de qualité, des résultats à court terme et apporter des changements aux

déterminants nécessitent une attention continue aux fins de régulation mais aussi parce qu'elles sont susceptibles d'éclairer et/ou de nuancer les résultats obtenus : pensons à la durée et à l'intensité des interventions effectives auprès des différentes familles, à la mise en évidence de facteurs de l'entourage ou de l'environnement immédiat des familles pouvant potentialiser ou freiner les bénéfices des interventions, etc.

Dans le projet d'évaluation ci-dessous, nous qualifierons d'évaluation de résultats l'appréciation des changements auprès des parents et des enfants, et nous qualifierons d'évaluation de processus les démarches et outils mis en place pour soutenir l'amélioration continue de la qualité des interventions des professionnels et pour rendre compte de leurs interventions. L'amélioration des compétences et de l'engagement des professionnels, l'enrichissement du réseau et l'amélioration des collaborations à l'intérieur de celui-ci ne feront pas l'objet de cette évaluation en tant que tels. L'évaluation du processus répondra à deux objectifs : obtenir des informations qui permettent de réguler le programme en direct et obtenir des informations qui permettent de nuancer les résultats recueillis de l'évaluation de résultats.

Cette définition claire des objectifs est nécessaire, notamment lors d'une première rencontre avec la famille, pour pouvoir lui expliquer avec le plus de clarté possible les raisons de la présence des intervenants. Se baser sur un jugement subjectif d'une situation pourrait entraver l'accrochage avec cette famille, celle-ci sentirait le jugement porté par l'intervenant et engendrerait des représentations négatives à son sujet ainsi qu'à celui du programme. Pouvoir donner des faits concrets sur lesquels il sera possible de travailler et de ce fait, des objectifs concrets est un atout pour le bon déroulement d'une intervention à domicile.

3.1.4 REDÉFINITION DU CADRE D'ETAPE

La réflexion à propos de la structure et de la qualité d'une intervention précoce est loin d'être superflue puisqu'un vécu positif peut entraîner un investissement plus important au sein d'autres programmes sociaux dans le futur.

3.1.4.1 APPROCHE ECO-DEVELOPPEMENTALE : ANALYSE DES FACTEURS DE RISQUE ET DE RESILIENCE

Fraser et al. (2000) rappellent qu'aucune intervention n'est réellement valable si elle ne se base pas sur une bonne connaissance de la situation familiale, de la négligence ainsi que des facteurs de résilience sur lesquels un travail peut commencer à s'élaborer. L'approche qui correspond à cette description est l'approche éco-développementale. Ce modèle incorpore le modèle écologique et les résultats développementaux observables chez l'enfant. Bronfenbrenner (1979) a proposé une perspective écologique du développement humain. Belsky est parti de cette théorie pour appliquer ce modèle au phénomène de la maltraitance. Le modèle écologique place l'individu dans une relation d'interdépendance avec la culture et d'autres situations où les influences sont bidirectionnelles.

Belsky (1980) a ajouté à ce modèle un niveau ontogénique en plus du microsystème, de l'exosystème et du macrosystème. La maltraitance trouverait une explication au travers des interactions entre et à l'intérieur de chaque niveau. Aucun niveau pris séparément ne fournit une étiologie suffisante et complète du phénomène.

Cette approche revient tout au long de la littérature ; nous avons dès lors décidé qu'elle serait celle qui nous servirait également de guide tout au long d'une intervention ETAPE. Suivant cette vision, les intervenants peuvent être définis comme des « tuteurs de résilience ». Il ne s'agit plus de l'approche de l'expert orientée vers la vulnérabilité mais bien d'une approche de partenariat orientée vers la résilience (Jourdan-Ionescu, C., 2001, cfr. Figure 1). Il y a une réelle co-construction de l'intervention qui prend d'abord en compte les besoins exprimés par les

personnes pour lesquelles l'intervention est bâtie. En partant des besoins de l'individu, de sa famille, il est clair que l'intervention a plus de chances d'être efficace.

En suivant ces pistes théoriques, nous pouvons dire que les résultats positifs d'une intervention précoce sont fonction des interactions entre le niveau individuel, familial ainsi que des autres environnements en lien avec l'enfant.

Par exemple, en partant du niveau individuel de l'enfant, S. Ou (2005) explique qu'une caractéristique cognitive, telle que l'intelligence, peut placer l'individu en position de départ à l'école bonne ou moins bonne. Cependant, une intelligence d'un haut niveau à elle seule ne mène pas nécessairement à un haut niveau de réussite scolaire parce que d'autres facteurs environnementaux participent au développement de l'individu. Plutôt que de se centrer uniquement sur l'intelligence avec laquelle l'enfant est né, l'hypothèse du chemin cognitif (cfr. Point 2.3.1.3) prend en compte le développement des compétences cognitives tout en sachant que les stimulations amenées à l'enfant auront un impact sur le développement des caractéristiques résilientes des différents contextes avec lesquels l'enfant est en contact.

Cela est la base du programme ETAPE ; travailler sur le cognitif, le sensori-moteur de l'enfant est une porte d'entrée importante, tout en impliquant les parents et les compétences de chacun des membres de la famille (motivation, attitudes positives, intérêt, estime de soi, réaction face aux frustrations, etc.) ainsi que leurs caractéristiques résilientes ou en passe de le devenir.

Cela est consistant avec l'idée de la boule de neige proposée pour expliquer les effets du programme Head Start, il est présumé qu'il serait inévitable que les gains obtenus durant la petite enfance s'éteignent si ceux-ci ne peuvent prendre place et interagir au sein d'un environnement positif et entraîner ainsi des effets en chaîne (Zigler & Muenchow, 1992 ; Zigler & Styfco, 1993 ; S. Ou, 2005).

3.1.4.2 TRAVAIL PRÉNATAL

Un travail anténatal présente des avantages comme cela a brièvement été présenté dans la partie concernant les neurosciences ; en effet, c'est durant les trois derniers mois de gestation que se produit une grande partie de la production synaptique. Des mamans (ou parents) qui refusent ou vivent mal une grossesse non désirée pourraient déjà être négligents : drogues, malnutrition, violence, etc. Un travail de préparation à l'intervention ETAPE pourrait être réalisé : une préparation à l'arrivée de l'enfant, à sa stimulation, aux soins, etc. Pour reprendre l'expression « Le bébé est une personne », il ressent les choses, y répond ; lui parler est important et cela déjà lorsqu'il est dans le ventre de sa mère. Feldman (2007) rappelle que le lien mère enfant débute durant la grossesse et que les rythmes biologiques de la mère ont un impact sur le fœtus qui va apprendre à développer en fonction de ceux de sa mère ses propres rythmes biologiques. Sa mère les ressentira également.

D'une part, travailler l'accrochage et la confiance durant toute l'intervention est important pour éviter les décrochages en cours de route. D'autre part, ne sachant pas toujours prévoir s'il aura lieu ou pas, commencer les visites avant la naissance peut être un facteur protecteur non négligeable (Honing, & Morin, 2001). Ces auteurs concluent leur article en insistant sur le fait que ces interventions présentent des avantages économiques. En effet, elles réduisent les frais qu'entraînerait une intervention des services de placement ; les frères et/ou sœurs d'un enfant ayant participé à ce type de programme pourraient également, sans faire l'objet eux-mêmes d'une telle intervention, bénéficier des nouvelles compétences acquises par les parents.

Ce type de travail n'est pas encore mis en place pour l'instant mais cela fait partie de nos objectifs pour le futur d'ETAPE. Nous travaillons sur ce projet en cherchant à initier un travail de collaboration plus large avec l'ONE, les services de soins prénataux, les services de gynéco-obstétrique et finalement au bout de cette chaîne les maternités.

3.1.4.3 ACCROCHE ET CONTINUITÉ

Premièrement, tout ce travail d'accroche et de continuité continuera de se réaliser à domicile. La littérature nous a montré que ce choix est fréquent au sein d'interventions précoces ; des résultats positifs sont obtenus, même si, comme souvent, des résultats unanimes n'existent pas, ces visites présentent des avantages (cfr. Gray et al., 2001 ; Sweet & Appelbaum, 2004). Le domicile est un endroit où le parent peut se sentir plus à l'aise que dans un bureau inconnu, ce qui peut permettre une accroche plus rapide avec les différents membres de la famille. De plus, au-delà du fait que les familles ne doivent pas se déplacer, ce qui est souvent difficile pour elles, les interventions à domicile présentent un avantage écologique : elles augmentent la généralisation des comportements appris durant celles-ci. Les parents peuvent l'expérimenter tels qu'ils les ont vus avec leurs enfants. C'est une motivation à reproduire et poursuivre ainsi les apprentissages.

La théorie développée par McCurdy et Daro (2001) concernant les étapes par lesquelles passent les personnes avant de pleinement s'investir au sein d'un programme nous fournit une piste à suivre tout au long d'ETAPE. Des balises peuvent être fixées, les intervenants peuvent travailler sur certains facteurs, savent ce qui pourrait avoir un impact sur l'implication de la famille ou pas. Cela aide à mieux comprendre les refus.

Nous avons vu dans les chapitres précédents que les caractéristiques personnelles de l'intervenant, de même que leur façon de présenter le programme, de discuter, conseiller, de regarder la famille, de l'écouter, ont une influence sur le programme et son déroulement (cfr. Krysik et al, 2007 ; Daro et al., 2003 ; etc.). Comme projet à ce niveau, des formations continues plus précises concernant ces thèmes par exemple semblent essentielles. De même, pour ne pas reprendre ce qui a été développé ci-dessus, des moments de supervision sont importants. Cela ne peut que préserver la continuité de l'intervention (cfr. Wasik, 1993 ; etc.).

3.1.4.4 TRAVAIL APPROFONDI AVEC LES PARENTS

L'approche éco-développementale ayant été choisie comme base de notre programme, il est logique de parler d'un travail avec les parents. Un bon nombre d'études ont d'ailleurs mis en évidence le fait que le succès d'une intervention précoce prend racine dans un travail intense, qui débute tôt dans la vie de l'enfant, qui implique le premier caregiver et qui s'appuie sur une théorie écologique (Black et al., 1995 ; Bronfenbrenner, 1993 ; Bryant & Ramey, 1987 ; Olds et al., 1986).

Cet aspect de l'intervention ne se trouve pas dans la version « originale » d'ETAPE mais s'est peu à peu installé au fil du projet. De manière intuitive, les intervenantes ont compris qu'il y avait « quelque chose » à entamer avec le(s) parent(s). Cependant, ce travail avec les parents n'était pas clair et restait surtout hors cadre concernant ETAPE. Aujourd'hui le programme ETAPE souhaite intervenir à ce niveau de manière explicite et aller au-delà de simple constations en se basant sur des théories, sur des aspects établis à travailler, comme leur fonctionnement cognitif (Crittenden, 1999 ; Dubowitz, 1999 ; Erickson & Egeland, 2002 ; etc.), émotionnel (DeOliveira, Moran, & Pederson, 2005 ; Hildyard et Wolfe, 2007, etc.), leur langage, notamment émotionnel (Howes, Cicchetti, Toth, & Rogosch, 2000). De plus, nous avons vu que des recherches ont montré que les mères négligentes perçoivent généralement leur enfant comme ayant un tempérament difficile (Brayden, Atlmeier, Tucker, Dietrich, & Vietze, 1992) et trouvent la relation mère enfant moins positive (Coohey, 1995).

Finalement, avant de passer au point suivant, les intervenantes ont noté un autre obstacle au bon déroulement et au profit des séances de massages : la difficulté, voire le malaise, qu'éprouvent certaines mères lorsqu'il s'agit de toucher leur enfant. Les intervenants ne peuvent pas passer à côté de ce mal-être ; il est important de travailler sur ce blocage et d'écouter les parents, sans aucun jugement.

Prendre le temps de discuter avec les parents et de nouer une relation avec eux est loin d'être un aspect superficiel de l'intervention ETAPE. S'interroger sur le fonctionnement cognitif, les représentations et le fonctionnement spécifique à chaque parent est également un projet plus précis qui permettra d'enrichir, d'individualiser, d'améliorer et de standardiser les prises en charges ETAPE. Des améliorations au niveau du discours, des perceptions du parent peuvent être signe de résultats positifs. Cela peut permettre aussi à certains parents de s'ouvrir à l'idée d'un travail psychothérapeutique.

3.1.4.5 INTERVENTIONS DIRECTES SUR L'ENFANT

L'utilisation de techniques de *massage* pour les très jeunes enfants présente des avantages également au sein d'une intervention précoce notamment sur le lien mère enfant (ou parent enfant), comme cela a été démontré au sein de la partie « littérature » (Glover et al., 2002 ; Field et al., 1996 ; Adamson, 1996 ; etc.). Cette façon d'intervenir, scientifiquement appuyée, restera une caractéristique importante au sein du projet ETAPE. Notre programme ne s'arrêtera cependant pas à ce type de stimulations.

Une *intervention multi-sensorielle* est importante pour le développement de l'enfant. Les stimulations cognitives, via le jeu et les activités psychomotrices, resteront également une pierre angulaire des actions d'ETAPE. Ce travail cognitif a une importance scientifiquement démontrée au cours de ce rapport, d'une part parce que les conséquences de négligence sur le développement cognitif peuvent apparaître tôt dans la vie de l'enfant (Egeland & Sroufe, 1981 ; Gowen, 1993, Burke, 2000, etc.) et d'autre part parce que des stimulations cognitives régulières ont un impact positif sur le développement cognitif de l'enfant (Head Start, Barnett et al., 1998 ; Campbell et al., 2001).

Les écrits de Campbell (1998) nous amène à dire que le travail mené par ETAPE au niveau des compétences cognitives du jeune enfant via le jeu et les stimulations psychomotrices sont d'une grande importance puisque le fait de voir l'enfant évoluer positivement, sans retard, a un impact sur le fonctionnement parental notamment. Cet aspect centré sur le développement de l'enfant a donc sa raison d'être. De même, les parents découvrent de nouveaux jeux et ceux-ci étant à des prix raisonnables, ils peuvent s'ils le souhaitent les acheter et enrichir l'environnement du domicile ; les intervenants ont d'ailleurs observé ce phénomène. Cela est très positif pour le développement de l'enfant et nous montre la généralisation possible de l'intervention.

Les deux approches issues des neurosciences qui ont été abordées ci-dessous sont toutes deux intéressantes. La seconde n'exclut pas le fait qu'il soit important d'intervenir précocement au sein des familles à risque ou avec déficience. En effet, à partir du moment où une famille à risque est rencontrée, faudrait-il, sous prétexte que l'enfant pourrait bénéficier d'une aide plus tardive, le laisser sans soutien ? Le laisser commencer l'école avec des difficultés cognitives, sociales, affectives ? Durant les premières années de la vie, l'individu a besoin de recevoir, de vivre certaines expériences qui permettront au développement de se dérouler dans de bonnes conditions. C'est durant les deux premières années de la vie que les circuits de base s'établissent (Davies, 2002), alors pourquoi attendre ? Ce même auteur conclut son article en insistant sur le fait que les interventions précoces sont cruciales. De la naissance à trois ans, les systèmes se développent, ils sont sensibles et plastiques, c'est le moment d'intervenir. Donc, même s'il existe cette plasticité cérébrale, le risque d'attendre pour intervenir est de faire sombrer pendant cette attente l'enfant dans un cercle vicieux ; les expériences pathogènes qu'il a vécues, risquent, comme nous venons de le voir, de modifier le développement cérébral. De plus, le développement de modèles internes peut être biaisé et une distorsion de la réalité (de dépression, etc.) peut apparaître. Finalement, cela pourrait aboutir au fait que l'enfant n'extrait pas les bonnes informations de son environnement et en vient ainsi à fonctionner de moins en moins de manière adaptée. S'il n'est pas possible d'intervenir au sein d'une famille suite à un décrochage ou autre, il reste rassurant de savoir que toute chance de fonctionner de manière adaptée ne s'évanouit pas pour ces enfants ; ces

familles pourront être éventuellement orientées vers d'autres services d'aide. Cela permet également aux intervenants de vivre plus sereinement ces interventions et ne pas sentir le poids du monde peser sur leurs épaules.

Des études montrent que les stimulations précoces peuvent être bénéfiques pour le cerveau, mais ces interventions précoces ne s'arrêtent pas qu'aux neurones, elles s'intéressent également à la relation mère enfant qui est également un fondement primordial pour le développement optimal de l'enfant sans lequel il risque d'entrer dans une spirale néfaste risquant d'entraîner des difficultés sociales, scolaires, familiales, etc. C'est pourquoi nous sommes convaincus que le projet ETAPE a de réelles raisons d'être.

3.1.4.6 INTERVENTIONS SUR LA RELATION PARENT(S)-ENFANT

Cet aspect de l'intervention est primordial pour un développement optimal de l'enfant ; en effet, comme nous l'avons vu, sans l'existence d'une relation adéquate et chaleureuse avec le caregiver, l'enfant ne peut s'épanouir, que ce soit au niveau cognitif, émotionnel, social ou même physiologique (Field, 1996 ; Glaser, 2000 ; Davies, 2002 ; etc.).

S'il est vrai que le toucher est le premier sens qui se développe (2^{ème} mois de gestation), et que grâce aux « massages bébé », des bénéfices sont obtenus, dont des modifications comportementales et une diminution des taux de cortisol, des stimulations tactiles uniquement au travers d'un massage ne suffisent pas. Rosemary White-Traut (2004) explique récemment que des stimulations tactiles simples ont été comparées à des interventions multi sensorielles (vue, toucher, ouïe et système vestibulaire) ; il en est ressorti que les premières sont associées à des niveaux de stress (mesurés via le cortisol salivaire) plus importants. Il est nécessaire que via ce médium des informations soient données aux parents, cela pour qu'ils comprennent qu'en plus du toucher via le massage, le contact « humain » reste primordial : contact oculaire, physique (bercer son enfant, lui parler en même temps, etc. Cela permet de poser les bases pour le développement du système nerveux ainsi que pour la construction d'une relation mère enfant sécurisée. Le bébé est une personne active dès le début de sa vie ; lui parler est important, lui faire entendre sa voix, laisser des moments de poses qui permettront à l'enfant de répondre. C'est ce qui se passe durant une intervention multi sensorielle. Après ce moment de « dialogue », la tête du bébé est massée, ensuite l'abdomen, les jambes (cuisse à la cheville), les bras, le dos, etc. A la fin, l'enfant est bercé.

La majorité des programmes passés en revue se centre grandement sur les relations parent(s)-enfant et ce à juste titre (The Teen Parents and Babies Program, Dumaret & Picchi, 2005, etc.)

3.1.4.7 VISÉE À LONG TERME

Comme nous l'avons vu au sein de la littérature, il est possible que les résultats d'une intervention s'atténuent voire disparaissent. En suite du programme ETAPE tel qu'il était défini jusqu'à présent, il nous semble nécessaire de penser à ce qui pourrait être mis en place autour de la famille pour que les acquis perdurent. S. Ou (2005), en se penchant sur le Chicago Child-Parent Center program montre que les programmes d'intervention qui prennent place notamment au sein d'une école maternelle semblent être des mécanismes protecteurs pour ces enfants et ces familles. Il serait peut-être intéressant qu'un suivi se fasse au delà de deux ans et demi, voire que la main passe d'ETAPE à un autre service d'aide qui pourra les suivre avant leur entrée en primaire. Cela pourrait augmenter les effets à long terme ou en tous cas maintenir les effets à court terme trouvés dans un certain nombre d'études concernant les interventions précoces.

La mise en place de visites précoces à domicile, une régularité de ces visites, une intensité réfléchie avec la famille ainsi qu'un travail en réseau du début à la fin du programme peuvent également influencer le maintien des résultats et leur amélioration sur le long terme.

3.1.5 MÉTHODOLOGIE D'ÉVALUATION

La littérature nous montre que certains résultats d'intervention peuvent être obtenus à court terme, mais qu'ils sont tributaires d'un processus clairement défini, ce qui n'était pas le cas pour ETAPE. Munis des résultats de la revue de littérature ainsi que de la clarification des objectifs, nous avons décidé de proposer pour ETAPE une double évaluation, des résultats et du processus. Le schéma ci-dessous permet de voir où se situent les différents points évalués et leurs acteurs (figure 3).

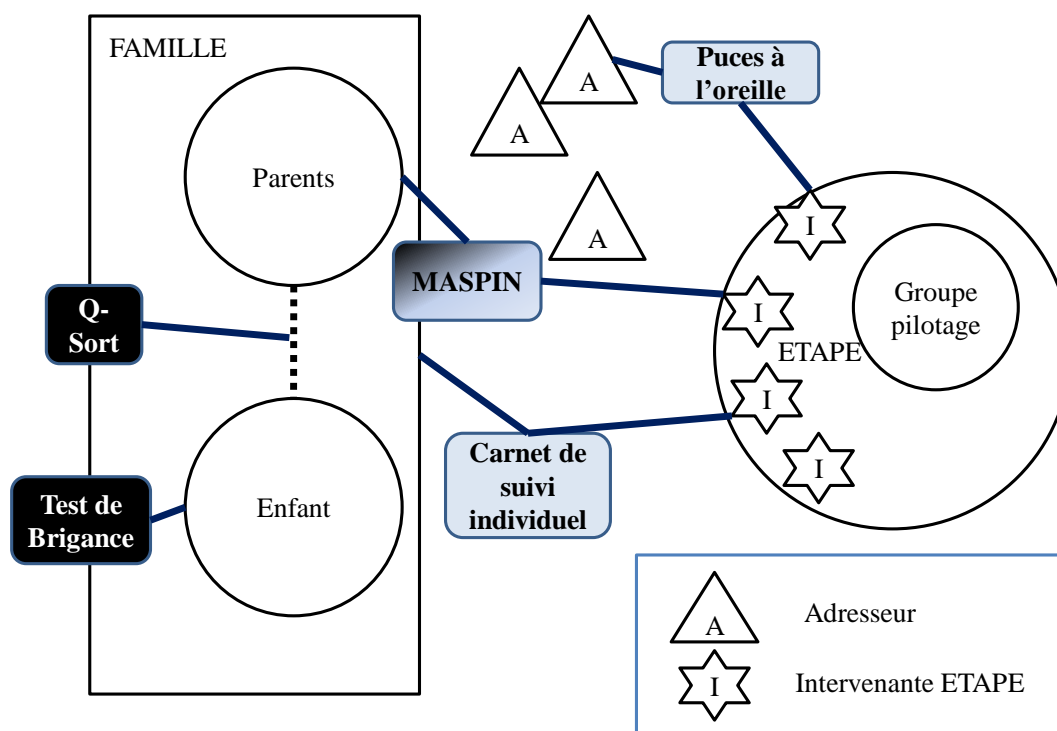


FIGURE 3 : VUE SCHÉMATIQUE DE L'ÉVALUATION DU PROGRAMME ETAPE.

Dans la figure 3, ce qui concerne l'évaluation du processus est représenté par les cases grises. L'évaluation des résultats est représentée par les cases noires. MASPIN est en dégradé de couleurs car il intervient au cours des deux évaluations.

Chacun des outils ainsi que leurs objectifs et leur méthode d'application sont décrits dans les points suivants

3.2 L'ÉVALUATION DU PROCESSUS

La qualité du programme revue et une théorie d'action permettant une appropriation des objectifs et des rôles de chacun, il reste à décrire ce que nous évaluerons de ce nouveau fonctionnement.

3.2.1 QUALITÉ DU RECRUTEMENT : PUCES À L'OREILLE

« **Puces à l'oreille** » est un outil développé suite à l'évaluation du processus réalisée en 2007-2008 pour aider les soignants ou aidants de première ligne, « adresseurs » potentiels, à clarifier leurs perceptions quant au risque éventuel de négligence lors de situations problématiques

(tableau 3). L'outil veut contribuer à une identification plus explicite, pour faciliter le relais vers une prise en charge plus adaptée.

Lors d'une demande d'inclusion d'une famille, 1 heure sera consacrée par une intervenante d'ETAPE pour discuter avec l'adresseur de l'adéquation de la demande et de l'offre de service du programme.

« Pucès à l'oreille » est strictement réservé à l'usage des professionnels de la santé. Il a été mis en place pour les mettre en alerte lorsqu'ils seront confrontés à des situations à risque de devenir ou d'être négligentes.

Les difficultés ou indices repris ici sont en accord avec la littérature scientifique mais ne sont pas exhaustives concernant ce phénomène de la négligence.

Le but de cette grille n'est pas d'aboutir à une quantification du risque, il s'agit simplement de mettre la puce à l'oreille d'un intervenant pour mieux repérer les situations de négligence et offrir ainsi à ces enfants une prise en charge adaptée.

TABLEAU 3 : "PUCES À L'OREILLE"

Problèmes de logement
• Instabilité domiciliaire (+ de 2 déménagements au cours de la dernière année)
• Facteurs de stress liés au(x) déménagement(s)
• Promiscuité
• Foyer bruyant
• Logement peu propice et à risque d'accidents (escaliers dangereux, fil électriques apparents)
Problèmes financiers
• Surendettement
• Stress lié au surendettement
• Report d'achat de choses essentielles / Signe(s) extérieur(s) d'une mauvaise gestion financière
• Report de soins médicaux ou d'hygiène dentaire
Problèmes de santé mentale / physique du parent
• Handicap physique
• Trouble psychique (dépression, ou autre)
• Alcoolisme
• Abus de substances
Caractéristiques psychosociales à risque du parent/de la famille

• Parent(s) adolescent(s)
• Famille monoparentale
• Grossesse non désirée
• Laps de temps court entre les différentes grossesses
• Famille nombreuse
• Principes d'éducation inadaptés
• Ignorance des soins à fournir à un enfant
• Indices de déficience intellectuelle
• Manque de maturité
• Faible scolarisation
• Rupture(s) et placement(s) dans l'enfance
• Vécu de négligence et/ou de maltraitance durant l'enfance du (des) parent(s)
• Vécu traumatique
• Manque d'organisation / vie chaotique
Problèmes dans les relations entre adultes
• Conflits de couple et/ou violence conjugale
• Conflits relationnels (famille, voisin ou autre)
• Nouvelle relation intime qui prend toute la place
• Divorce
Problèmes au niveau du réseau social
• Pas de médecin fixe
• Peu d'amis
• Pas de loisir / activité en dehors du domicile
• Soutien familial inadapté
• Difficulté d'intégration due à une situation d'immigration

3.2.2 QUALITÉ DE LA PRISE EN CHARGE

Les fonctions de cette évaluation, qui sera réalisée via MASPIN (voir ci-dessous 3.3.3.1), seront :

- Harmoniser les regards que les différentes intervenantes portent sur les familles bénéficiaires en leur fournissant une grille de lecture de leurs observations ;

- Partager avec les parents les objectifs et stratégies d'intervention au début de l'intervention en donnant un canevas d'analyse. Ce support permettra aux intervenantes de démarrer une relation d'aide positive, claire et transparente, favorisant l'empowerment des bénéficiaires et leur implication à long terme.

3.2.3 CARACTÉRISTIQUES DE LA PRISE EN CHARGE

Les observations que les intervenantes notent après chaque visite ne sont pas à négliger. Outre des observations entrant dans l'évaluation des compétences parentales, les intervenantes notent le contenu de chaque séance, les interventions effectuées, les facteurs de contexte importants pour l'interprétation des résultats de l'intervention. Un suivi de ces écrits par l'évaluateur externe peut permettre d'améliorer la qualité de la prise en charge. Cela se fera via le cahier de suivi individuel de l'enfant.

3.2.4 EVOLUTION DU VOLUME DE TRAVAIL

Comme par le passé, nous continuerons à suivre l'évolution semestrielle du nombre de familles prises en charge, du nombre de rendez-vous honorés. Le relevé et l'analyse des motifs de refus de participation seront également effectués.

3.3 L'ÉVALUATION DES RÉSULTATS

De nombreux aspects pourraient être évalués, et il nous a fallu faire un choix. Il a été réfléchi en fonction de cinq critères : la qualité des tests et leur adéquation aux mesures nécessaires, la disponibilité de tests standardisés, l'acceptabilité et la faisabilité des tests trouvés et la hiérarchie de demandes des intervenants de terrain puisque nous avons choisi de réaliser une évaluation participative et négociée. Pour obtenir l'image la plus globale possible d'une situation et constater des effets à la fois chez les parents et chez les enfants, nous utiliserons des mesures standardisées et des observations (Mash & Wolfe, 1991 ; Azar, 1986). Cette phase d'analyse d'état des lieux (octobre 2007-août 2008) aboutit finalement à un choix concernant les outils pour l'évaluation qui prendra cours les mois suivants.

3.3.1 EVOLUTION DES APTITUDES DE L'ENFANT

L'enfant est la cible de l'intervention ETAPE. L'objectif ultime (tableau 2) est son développement harmonieux à long terme et son intégration sociale. Cependant l'évaluation portera de façon plus immédiate et concrète sur des objectifs dits « intermédiaires » par rapport à ce but ultime.

Nous avons beaucoup réfléchi et recherché des tests permettant d'évaluer le développement de l'enfant, de sa situation, ses compétences, etc.

Nous avons choisi de faire passer le **test de Brigrance**, en début et en fin d'intervention par un évaluateur externe spécialement formé. La motricité fine et globale, le langage réceptif et expressif et la socialisation seront plus particulièrement pris en compte. Les niveaux psychomoteur, relationnel et social de l'enfant pourront ainsi être passés en revue sans utiliser les mêmes procédures, les mêmes objets que dans le test Brunet-Lézine qui est la base de la stimulation ETAPE.

3.3.2 ADÉQUATION DE LA DYADE PARENT-ENFANT

Les échelles de développement permettent de cerner la situation cognitive de l'enfant. Pour ne pas en rester à une approche des aspects purement structuraux du développement au sens piagétien, nous élargirons notre vision en nous approchant alors de la vision de Vygotsky où les **interactions** jouent un rôle primordial. Le développement de l'enfant ne peut être déchiffré correctement si l'on ne tient pas compte de ses liens sociaux, de ses interactions avec ses parents (la notion de zone proximale de développement est importante), etc. Comme l'explique Ivan Ivic

qui a écrit sur ce grand auteur, une des thèses de Vygotsky passe encore trop souvent au second plan : « l'essentiel dans le développement n'est pas le progrès de chaque fonction prise isolément, mais dans le changement des relations entre différentes fonctions, telles que mémoire logique, pensée verbale etc. ; autrement dit, le développement consiste à former des fonctions composites, des systèmes de fonctions, des fonctions systémiques, des systèmes fonctionnels (...) Vu ainsi, le développement de l'homme ne se réduit pas seulement aux changements à l'intérieur de l'individu, il se traduit aussi comme un développement allomorphe qui pourrait prendre deux formes différentes : production des auxiliaires extérieurs en tant que tels; création des outils extérieurs qui peuvent être utilisés pour produire des changements intérieurs (psychologiques). »

Selon Vygotsky, l'interaction sociale joue un rôle constructif dans le développement. Cela signifie simplement que certaines catégories de fonctions mentales supérieures (attention volontaire, mémoire logique, pensée verbale et conceptuelle, émotions complexes, etc.) ne pourraient pas émerger et se constituer dans le processus de développement sans l'apport constructif des interactions sociales. Il ajoute que : « même quand il s'agit d'une fonction qui est fortement déterminée par l'hérédité (comme c'est le cas du langage), l'apport de l'environnement social de l'apprentissage est quand même constructif et ne se réduit donc pas seulement au rôle de déclencheur, comme dans le cas de l'instinct, ni seulement au rôle de stimulation du développement, qui ne fait qu'accélérer ou ralentir les formes de comportement qui apparaissent sans lui ».

Une relation parent-enfant qui engendre un attachement sécurisé chez l'enfant est nécessaire pour atteindre le but ultime comme l'illustre le tableau 2.

Une revue des tests concernant ce niveau d'évaluation ont été passés en revue (par exemple, le Parenting Stress Index (PSI) développé par Abidin (1990)), mais, finalement l'attachement parent-enfant sera évalué, par le test de Pierrehumbert et al. (1995), le **Q-Sort** (Pierrehumbert et al. 1995). Ce test est réalisable, accessible et a de bonnes caractéristiques psychométriques. Il s'agit d'un test qui permet de décrire la relation d'attachement parent-enfant, une adaptation francophone du « Q-Sort » de Waters et Deane, réalisée par Pierrehumbert. Dans cette version, il y a 79 phrases concernant l'enfant à classer des plus vraies aux plus fausses.

Ce test a été sélectionné en raison de sa faisabilité, son accessibilité et en raison de ces bonnes caractéristiques psychométriques. Un évaluateur externe formé à cette technique fera passer le test au caregiver en début et en fin d'intervention. Pour apprécier l'influence de la désirabilité sociale de ce test, ses résultats seront mis en relation avec ceux du test « MASPIN » décrit plus loin.

Moins standardisé et pourtant un outil important : **l'observation libre**. En effet, pour les interactions entre les jeunes enfants, les bébés et leurs parents, l'observation des comportements durant les moments-clés de la journée est essentielle (repas, baignage, etc.). De plus, les comportements suivants, sourires, regards, babilllements, le toucher, le jeu, et l'imitation, ont été retenus comme importants à mesurer lorsqu'il s'agit d'évaluer la relation, l'attachement parent-enfant par 11 experts (professeurs, professionnels de crèche, cliniciens, chercheurs, tous impliqués dans des situations concernant l'abus et/ou la négligence) de l'étude de Lutzker et al. (1998).

3.3.3 COMPÉTENCES DU (DES) PARENT(S)

Les discussions avec le(s) parent(s) au cours de l'intervention ne sont pas anodines et ne doivent pas rester sans cadre, comme nous l'avons rappelé au cours de ce rapport. Certains objectifs importants sont soulignés par la littérature (cfr. Tableau 1) pour que le parent puisse pleinement s'investir avec l'enfant : un travail sur le traitement de l'information, un travail sur son histoire, sur son vocabulaire émotionnel, sur son estime de soi, sur son sentiment de compétence, etc. Toutefois, ces objectifs ne sont pas toujours réalisables par les intervenantes qui lors des

discussions ont pu, très intelligemment marquer leurs limites. Par exemple, pouvoir mettre des mots sur un passé de négligence, de maltraitance, de violence, d'un parent peut l'aider à dépasser ce vécu et aller ainsi de l'avant. Cela n'a pas été retenu comme objectif d'ETAPE, car certaines situations sont trop prenantes émotionnellement pour des personnes non formées à la psychologie. Toutefois, les points « faibles » sur lesquels les intervenantes pourraient avoir un impact sont nombreux et il était impossible de tester les parents avant et après l'intervention sur chacun de ces points. En effet, entrer dans une famille est une action délicate, il est nécessaire que la famille soit respectée, qu'elle ait le temps de s'adapter à l'intervention. Arriver avec une batterie de tests et de questions en début d'intervention n'était ni acceptable, ni faisable.

Nous avons donc réfléchi à comment évaluer malgré tout notre action et nous en sommes arrivés à notre outil, MASPIN : Méthode d'Analyse de la Situation et Projet Individualisé concernant la Négligence (tableaux 4-10).

3.3.3.1 MASPIN

Il existe tout un panel de grilles permettant de tester telle ou telle caractéristique d'une situation, mère ou d'une relation négligente, et ce de manière plus ou moins valide et fiable. Toutefois, au sein de la littérature, nous trouvons peu de grilles permettant d'analyser la globalité d'une situation de négligence ou à risque de le devenir, grille qui permettrait de réaliser une évaluation pré et post intervention. Nous souhaitons en créer une.

Maspin présente certains avantages ; en effet, elle s'inspire de différents tests issus de la littérature scientifique, est enrichie par nos questions issues de discussions d'équipe et peut être utilisée par les intervenantes elles-mêmes. Les intervenantes seront formées à l'utilisation de cette grille et de manière à avoir les questions en tête et pouvoir ainsi compléter la grille en sortant des trois ou quatre premières visites à domicile. Cet outil (préalablement pré testé) nous permettra, sans avoir été intrusif, d'évaluer la situation de départ, de créer un projet avec des objectifs à court, moyen et long terme, individualisé et d'évaluer la situation à la fin de l'intervention. De plus, cette grille sera évaluée car nous souhaitons également voir si, comme nous l'espérons, elle permet d'augmenter la qualité des techniques professionnelles.

Reprenons pas à pas ce qui nous a menés à la version finale de notre grille.

Au cours de l'étape de recherche bibliographique, la recherche de Grietens, H., Geeraert, L., et Hellinckx, W. a attiré notre attention. La grille que souhaitons créer devait être facile à utiliser par les personnes de terrain, prendre en compte les différents acteurs, leurs interactions, mais également servir d'aide pour discuter avec les parents, avoir des bases pour améliorer ou renforcer leur fonctionnement. Ces auteurs, précédemment cités, avaient justement créé une échelle d'évaluation des risques de négligence et/ou de maltraitance pour les professionnels travaillant quotidiennement avec les familles. Cette échelle rencontrait notre perspective de départ, une perspective écologique, mais aussi psychologique et pédagogique. Ils ont réalisé un travail réfléchi, orienté vers une recherche de fidélité et de validité mais malgré tout ils ont été confrontés aux limitations « habituelles » : petit échantillon, difficultés pratiques et éthiques (difficile d'aller avec un observateur au domicile des familles sans éviter par exemple l'aspect intrusif et le malaise des parents), etc. (Grietens et al., 2004). Néanmoins leur travail nous semblait être une bonne base pour démarrer la construction de notre grille.

En ayant en tête les 20 items de la version finale de l'échelle, qui étaient ceux qui avaient obtenu de hauts niveaux de consistance interne et de fidélité intercotateur (cfr ; Grietens et al., 2004) d'autres items ont néanmoins été gardés. En effet, ceux qui nous semblaient intéressants à proposer aux intervenantes ont été ajoutés sur notre première version de la grille pour que celle-ci, tout comme l'ont fait Grietens et al., soit basée sur leur vécu des interventions. Finalement, les 34 items de la version de l'échelle obtenue via le site de l'ONE ont été gardés et avec deux autres

items qui nous semblaient devoir figurer au sein d'une description de la situation : « le bébé est souvent malade » car cela nous renseigne partiellement sur l'adéquation et la continuité des soins offerts à l'enfant et « les déménagements sont fréquents » car nous pensions que cela permettait d'aborder avec les parents l'importance des repères et de la stabilité pour l'enfant.

Cette première grille a été proposée au groupe de pilotage du projet ETAPE, en leur demandant leur avis, ce qui leur semblait adéquat à observer, ce qui était flou, etc. Plus particulièrement cette première mouture a été donnée aux intervenantes avec des questions pour chaque item : pensez-vous que cet item est pertinent ? Vous semble-t-il possible de vérifier sa présence au sein des familles que vous suivez ? Pensez-vous pouvoir aborder ces thèmes lors des premières rencontres ?

En parallèle, les formulations des items ont été revues. Le but était d'éviter les formulations vagues et de trouver des indicateurs permettant d'éclaircir pour chacun la signification de l'item.

À la recherche d'indicateurs au sein de la littérature et de recherches extérieures, nous avons été séduits par le guide d'évaluation des capacités parentales de Steinhauer. Il permettait d'éclaircir certains items tels que celui concernant les limites, mais aussi d'ajouter des items (facteurs de risque ou de résilience) tout à fait en lien avec le programme ETAPE. De plus, ce guide était divisé en différentes catégories qui étaient pertinentes avec cette intervention précoce. Ces catégories d'items ont été adoptées pour permettre aux intervenantes d'avoir une structure des informations à collecter durant les premières visites, cela sans arriver avec la grille au domicile mais pouvoir ainsi la compléter à la sortie d'une visite.

Cet outil nous permet d'évaluer les différents objectifs qu'ETAPE se fixe au moyen d'un seul outil qui s'est nourri de différents tests sérieux et qui ont fait l'objet d'une réflexion concernant la solidité théorique des items, la faisabilité ou encore la validité et fidélité des items.

Les indicateurs concernant le contexte socio-familial, l'environnement physique n'ont pas été retenus au sein de cette grille, mais au sein de celle qui permet d'inclure ou non les familles au sein du programme. En effet, nous avons fait le choix suivant : nous ne gardons que les items sur lesquels ETAPE devrait (ou pourrait éventuellement) avoir un effet pour que cette grille serve réellement d'évaluation pré et post intervention.

Ce guide doit encore subir une révision et un pré-test avant sa mise en service de façon à affiner sa structure, clarifier son mode d'emploi et probablement réduire quelque peu sa longueur. Une phase de travail collectif entre les intervenantes et une chercheuse junior lors des premières utilisations sera nécessaire pour favoriser l'harmonisation de l'utilisation des items.

Le guide sera rempli par les intervenantes en dehors de la présence des parents pour ne pas surcharger les premières rencontres par des tests supplémentaires à ceux décrits plus haut. Il sera appliqué tous les 6 mois pendant la durée de l'intervention d'ETAPE. La première fois, il est complété après les 3 ou 4 premières interventions en famille.

Les objectifs individualisés par enfant seront en plus discutés en comité de pilotage du programme ETAPE.

TABLEAU 4 : MASPIN, INTERACTION PARENT-ENFANT

Le parent favorise l'expression des émotions de l'enfant et il réagit adéquatement aux besoins/réactions émotionnels de celui-ci.
Le parent procure à l'enfant une stimulation adéquate, crée et s'approprie des occasions d'apprentissage. Il favorise son autonomie.
Le parent a des contacts physiques adéquats et fréquents avec l'enfant, il est chaleureux et n'est pas brusque, ni mécanique
Le parent reste patient lorsqu'il s'agit d'un moment de soin, cela ne provoque pas de tensions et de l'énervement ² .
Les réactions du parent face au comportement du bébé sont stables.
Concernant l'éducation, le parent fait preuve de cohérence ³
Le parent réagit en fonction de la situation
Le parent est capable de négocier avec l'enfant en cas de conflit
Si le parent doit gronder l'enfant et donner des conséquences, il fournit des explications adaptées à l'âge de l'enfant
Pour se faire écouter, le parent sait utiliser des méthodes qui ne reposent pas que sur des punitions physiques.
Le parent respecte les rythmes du bébé et lui apporte une certaine structure (repères) durant la journée ⁴ .
Le parent vérifie quel est l'effet de son comportement sur le bébé.

² Item d'après l'instrument de dépistage des risques de maltraitance physique et de négligence, qui est développé au sein de la Section d'Orthopédagogie de l'université catholique de Louvain (Belgique), Grietens et al. Idem pour l'item suivant.

³ Item inspiré du guide d'évaluation des capacités parentales de Steinhauer. Idem pour les quatre items suivants

⁴ Item modifié inspiré de l'instrument de dépistage des risques de maltraitance physique et de négligence, qui est développé au sein de la Section d'Orthopédagogie de l'université catholique de Louvain (Belgique), Grietens et al. Idem pour les deux items suivants.

TABLEAU 5 : MASPIN, COMPÉTENCES PARENTALES

Le parent est capable de décrire son enfant en termes de capacités et/ou difficultés.
Le parent exprime des attentes raisonnables et adaptées à l'âge de l'enfant ⁵ .
Le parent pense être capable d'élever son enfant.
Le parent connaît les besoins intellectuels, affectifs et éducatifs associés à l'âge de l'enfant (stimulation et socialisation) ⁶ .
Le parent connaît les compétences qu'un enfant de l'âge du sien devrait avoir et est flexible si celui-ci ne les maîtrise pas encore comme il le voudrait ⁷ .
Le parent attribue à l'enfant des raisons d'agir appropriées à la situation.
Le parent tient compte de son enfant particulier et ne prend pas soin du bébé uniquement à partir d'opinions générales sur la manière dont on doit s'occuper d'un bébé ⁸ .
Le parent communique à l'enfant le plaisir d'être en sa compagnie.
Si l'enfant pleure, le parent pense pouvoir maîtriser la situation, le calmer.
Le parent encourage et valorise l'enfant ⁹ .
Malgré des conditions de vie parfois difficile, le parent parvient à procurer à l'enfant des vêtements adaptés à la saison, à la météo.
Malgré des conditions de vie parfois difficile, le parent parvient à procurer à l'enfant une hygiène adéquate
Malgré des conditions de vie parfois difficile, le parent parvient à procurer à l'enfant une sécurité (lieux physiques, surveillance et protection, gardiennage)
Le parent est capable de demander de l'aide matérielle, médicale ou psychologique d'une manière adéquate. I

⁵ Item d'après le guide d'évaluation des capacités parentales de Steinhauer.

⁶ Idem

⁷ Item modifié inspiré de l'instrument de dépistage des risques de maltraitance physique et de négligence, qui est développé au sein de la Section d'Orthopédagogie de l'université catholique de Louvain (Belgique), Grietens et al.

⁸ Idem

⁹ Item issu du guide d'évaluation des capacités parentales de Steinhauer. Idem pour les deux items suivants.

TABLEAU 6 : MASPIN, FACTEURS PERSONNELS AFFECTANT LES CAPACITÉS PARENTALES

<i>Le bébé imaginaire et les attentes par rapport à l'enfant¹⁰</i>
Le bébé est rarement considéré comme une entrave à la liberté du parent.
Le parent attend que le bébé lui donne beaucoup d'amour, mais pas spécialement qu'il comble ces manques affectifs.
Le parent comprend que son bébé ne peut pas toujours être calme et silencieux
Le parent est capable de surmonter une frustration engendrée par le fait que son enfant ne se comporte pas d'une façon qui l'arrange.
Prendre soin du bébé est considéré comme un plaisir.
<i>Le fonctionnement psychologique : Le discours</i>
Le parent laisse entendre que dans son enfance il a eu beaucoup de preuves d'amour de la part de ses parents ou de sa famille.
Le parent a le sentiment de maîtriser certains aspects de sa vie.
Le parent dit avoir l'impression de surmonter un échec lorsqu'il arrive ¹¹ .
Il pense être capable d'un certain nombre de choses, comme la majorité des gens.
Le parent a le sens de l'humour.
Dans une situation de tension, le parent parvient à gérer le stress, il ne s'avère pas vite être impuissant.
Le parent sait exprimer des émotions, il ne donne pas l'impression d'être indifférent.
Le parent est capable d'introspection (faire des liens, réfléchir sur lui et ses relations, etc.).
Le parent montre une certaine confiance en lui.
<i>Le fonctionnement psychologique : La santé mentale </i>
Rapports interpersonnels manichéens (je t'aime, je te hais)
Abus d'alcool ou de drogues.
Apparence de limites intellectuelles.
Le parent a des perspectives sombres.
Le parent ne se sent pas bien dans sa peau.
<i>Contrôle des impulsions face au comportement de l'enfant¹²</i>

¹⁰ Items modifiés issus l'instrument de Grietens et al.

¹¹ Item inspiré de Rosenberg, Self esteem scale.

Le parent parvient à gérer les émotions négatives (tristesse, douleur, colère, etc.) exprimées par l'enfant sans avoir une réaction d'intensité supérieure à celle de l'enfant.

Le parent parvient à calmer les larmes de l'enfant sans perdre patience et réagit sans menaces, cris, violence ou abandon.

¹² Catégorie inspirée du guide d'évaluation des capacités parentales de Steinhauer.

TABLEAU 7 : MASPIN, RECONNAISSANCE DES DIFFICULTÉS, DES RESPONSABILITÉS¹³

Reconnaissance verbale du problème
Nulle : le parent nie l'existence des problèmes.
Faible : le parent admet qu'il y a des difficultés mais attribue la responsabilité à des causes extérieures ou minimise l'ampleur des difficultés. Le parent n'est pas conscient des répercussions de ses difficultés sur l'enfant. Il ne propose aucune solution visant à corriger la situation et démontre peu d'enthousiasme à l'égard des solutions qui lui sont proposées.
Ambivalente : le parent a une position ambivalente où il admet parfois qu'il a des difficultés, mais change de position selon les circonstances (ex : selon qu'il parle à l'intervenant, l'évaluateur, le conjoint, etc.). Il éprouve un certain malaise face à la situation, mais il n'est pas vraiment préoccupé par les répercussions sur l'enfant. Les solutions proposées par le parent sont toujours extérieures à lui.
Elevée : Le parent reconnaît la majorité des difficultés en présence. Il comprend que ces difficultés peuvent avoir des répercussions sur l'enfant et en est préoccupé. Il reconnaît avoir besoin d'aide pour régler la situation. Il éprouve un malaise et un inconfort face à la situation. Il présente une ouverture face aux moyens qui lui sont proposés pour résoudre les problèmes et il accepte l'aide qui lui est offerte.
Reconnaissance par la mobilisation dans les faits
Immobilisme : le parent ne reconnaît pas les problèmes et ne change rien dans ses attitudes et ses comportements. Le parent admet qu'il a des problèmes, mais ne se met pas en action pour changer. Le parent ne respecte pas le programme concernant les visites à domicile.
Défensive : le parent dit ne pas admettre la présence de problèmes, mais il change dans les faits ses attitudes et ses comportements.
Conformisme : les seuls changements qu'il apporte sont associés au suivi serré de l'intervenant.
Engagement : le parent reconnaît qu'il a des problèmes et se met en action pour changer. Il profite de l'aide qui lui est offerte.

¹³ Idem

TABLEAU 8 : MASPIN, RÉSEAU SOCIAL

Le parent est satisfait des contacts avec la famille/les amis ¹⁴ .
Le parent laisse entendre qu'il a du soutien pour affronter les problèmes.
Le partenaire est d'une grande aide.
Aucun problème lié à la migration ou au changement de région (intégration, langue, coutumes) ¹⁵

TABLEAU 9 : MASPIN, VÉCU DE L'INTERVENTION PAR LA FAMILLE

Le parent parle d'ETAPE en termes positifs.
Le parent vit ETAPE et les visites à domiciles comme un soutien social (non pas comme une stigmatisation).
Le parent respecte le programme concernant les visites à domicile.
Le parent semble retirer des bénéfices de l'intervention, il semble mettre en pratique les activités et gestes montrés par l'intervenante.
La famille accueille chaleureusement l'intervenante.
Le(s) parent(s) exprime(nt) le fait qu'il(s) apprécie(nt) plus les moments passés avec l'enfant. ¹⁶ II
Le(s) parent(s) exprime(nt) le fait qu'il(s) perçoive(nt) l'enfant différemment. II
Le(s) parent(s) recommanderai(en)t le programme à d'autres familles de manière adéquate. II

¹⁴ Item issu de l'instrument de Grietens et al. Idem pour les trois items suivants.

¹⁵ Item issu du guide d'évaluation des capacités parentales de Steinhauer.

¹⁶ Item issus du questionnaire de validation sociale de l'article de Taban, N., & Lutzker, J.R. 2001. Idem pour les deux items suivants.

TABLEAU 10 : MASPIN, RESENTI DES INTERVENANTES

Je peux aborder sans tabou toutes les questions / thèmes que je souhaite.
Le parent peut aborder facilement et de manière adéquate les sujets concernant l'enfant et l'intervention ¹⁷ .
Il y a une atmosphère de confiance dans cette famille ¹⁸ .
Le(s) parent(s) me laisse(nt) une place lors des visites à domicile car le tapis est placé
Le(s) parent(s) me laisse(nt) une place lors des visites à domicile car l'enfant est fréquemment éveillé lors de mon arrivée
Le(s) parent(s) me laisse(nt) une place lors des visites à domicile car le(s) parent(s) m'accorde(nt) leur attention ainsi qu'à la stimulation.
Lors de mon départ, l'enfant se sépare de moi de manière sereine.
L'enfant est vite en confiance avec moi et ne manifeste pas de signe de peur excessif face à moi.

¹⁷ Item modifié issu de l'instrument de Grietens et al. Idem pour l'item suivant.

¹⁸ Item issu de Grietens et al.

Cette grille présente certains avantages ; en effet, elle s'inspire de différents tests issus de la littérature scientifique, est enrichie par nos questions issues de discussions d'équipe et peut être utilisée par les intervenantes elles-mêmes. Les intervenantes seront formées à l'utilisation de cette grille. Elles pourront ainsi avoir les questions en tête et compléter la grille en sortant des trois ou quatre premières visites à domicile. Elle est facile à utiliser ; il y aura deux colonnes à côté de chaque item, une à compléter si l'item n'est pas évaluable étant donné la situation, et autre dans le cas contraire. Au sein de cette deuxième colonne, l'intervenante sera appelée à mettre une note de 1 à 10 (un étant le score le plus bas et, 10, le plus haut). Il ne s'agit pas d'un test métrique ; ce test a pour but d'obtenir un profil des compétences (certaines, accompagnées du symbole I sont incluses à titre indicatifs, ceux accompagnés du symbole II seront à coter uniquement en fin d'intervention).

Cet outil (préalablement pré-testé) permettra d'évaluer la situation au début et en fin d'intervention sans être intrusif et donnera la possibilité de créer un projet individualisé avec des objectifs à court, moyen et long terme. En effet, comme S. Sullivan le rappelle en reprenant les dires de Gaudin (1993b) : « Les familles qui font preuve de négligence chronique sont, de façon générale, des familles à problèmes multiples qui présentent des déficiences profondes en matière de connaissances, de capacités et de ressources tangibles ; tandis que les familles négligentes de façon non chronique ont pour la plupart expérimenté des crises de vie récentes pour lesquelles les stratégies normalement utilisées pour faire face aux difficultés n'ont pas fonctionné ». Il est intéressant de savoir avec quels types de difficultés et de ressources arrivent et repartent ces familles ETAPE.

Avant de passer au point suivant, il nous semble important de préciser un aspect de ce guide. Au-delà du simple but d'évaluer la famille, il est le point de départ d'une relation, d'une collaboration ; l'intervenant apprend à connaître la famille grâce à cet outil et il dispose d'un support pour discuter avec les familles du point de départ de l'intervention. Un certain malaise a en effet été relevé en 2006 chez les adresses et les intervenantes lors du début de la relation avec la famille. Or cette première étape est primordiale pour l'instauration d'une relation positive et l'implication à long terme¹⁹. Une certaine honnêteté ainsi que de la transparence semblent être de bons points de départ pour qu'à la fois les familles et les intervenants partent sur de mêmes bases. Les objectifs et stratégies qui seront mis en place feront l'objet d'une discussion entre intervenant et membre de la famille. Ainsi démarre une relation de transparence et de confiance. L'intervenant peut fixer un cadre clair où la discussion, la compréhension, l'ajustement d'objectifs au cours du programme restent des aspects clés.

De plus, cette grille sera évaluée car nous souhaitons également voir si, comme nous l'espérons, elle permet d'augmenter la qualité des techniques professionnelles.

4 CONCLUSION

Au travers de ce rapport, nous espérons avoir pu transmettre l'idée qu'il existe réellement une nécessité d'intervenir précocement auprès de l'enfant et que prendre en compte ses relations et les personnes qui l'entourent est aussi important pour son développement que de lui offrir des stimulations au cours de l'intervention.

D'autre part, nous souhaitons construire une méthodologie d'évaluation solide qui pourrait offrir les résultats les plus complets possibles ; le nouveau cadrage d'ETAPE issu de notre évaluation du processus ainsi que la grille d'analyse de la situation en sont le reflet. Ceci n'est que la conclusion

¹⁹ McCurdy, K., & Daro, D. (2001). Parent involvement in family support programs: An integrated theory. *Family Relations*, 50(2), 113-121.

d'un rapport et le début, nous l'espérons de la mise en place de l'évaluation et de la continuité du programme.

Pour en arriver là, chaque membre du programme s'est investi et veut encore s'investir pour lui. N'oublions jamais que « L'état de bien être d'un enfant n'est jamais un cadeau ou l'effet de la chance ou de la malchance. Au contraire, il est une production humaine, jamais purement individuelle, même pas uniquement familiale, mais qui résulte de l'ensemble d'une communauté » (Barudy, 1999, p35).

BIBLIOGRAPHIE

- Adamson, S. (1996). Teaching baby massage to new parents. *Complementary Therapies in Nursing and Midwifery*, 2, 151- 159.
- Balbernie, R. (2001). Circuits and circumstances: The neurobiological consequences of early relationship experiences and how they shape later behaviour. *Journal of Child Psychotherapy*, 27(3), 237-255.
- Black, J.E. (1998). How a child builds its brain: Some lessons from animal studies of neural plasticity. *Preventive Medicine*, 27(2), 168-171.
- Caldera, D., Burrell, L., Rodriguez, K., Crowne, S.S., Rohde, C., & Duggan, A. (2007). Impact of a statewide home visiting program on parenting and on child health and development. *Child Abuse and Neglect*, 31(8), 829-852.
- Carter, V., & Myers, M.R. (2007). Exploring the risks of substantiated physical neglect related to poverty and parental characteristics: A national sample. *Children and Youth Services Review*, 29, 110-121.
- Chen, S.Y., & Scannapieco, M. (2006). Early childhood maltreatment: substantiation related to family risk and intervention factors. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 23(3), 343-355.
- Davies, M. (2002). A few thoughts about the mind, the brain, and a child with early deprivation. *Journal of Analytical Psychology*, 47(3), 421-435.
- DeMay, D.A. (2003). The experience of being a client in an Alaska public health nursing home visitation program. *Public Health Nursing*, 20(3), 228-236.
- Dubowitz, H., & Bennett, S. (2007). Physical abuse and neglect of children. *Lancet*, 369(9576), 1891-99.
- Dufour, S., Lavergne, C., Larivee, M.-C., & Trocme, N. (2008). Who are these parents involved in child neglect? A differential analysis by parent gender and family structure. *Children and Youth Services Review*, 30(2), 141-156.
- Duggan, A., McFarlane, E., Fuddy, L., Burrell, L., Higman, S.M., Windham, A., & Sia, C. (2004). Randomized trial of a statewide home visiting program: Impact in preventing child abuse and neglect. *Child Abuse and Neglect*, 28(6), 597-622.
- Duggan, A., Caldera, D., Rodriguez, K., Burrell, L., Rohde, C., & Crowne, S.S. (2007). Impact of a statewide home visiting program to prevent child abuse. *Child Abuse and Neglect*, 31(8), 801-827.
- Dumaret, A.C., & Constantin-Kuntz, M. (2005). Support médicosocial et éducatif: Devenir de familles très carencées confrontées à l'alcool. *Pratiques psychologiques* 11(1), 85-100.
- Dumaret, A.C., & Picchi, V. (2005). Soins précoces: Devenir psychosocial des familles et développement des enfants. *Annales Médico Psychologiques* 163(6), 476-485.
- Eckenrode, J., Ganzel, B., Henderson, C.R.Jr., Smith, E., Olds, D.L., Powers, J., Cole, R., Kitzman, H., & Sidora, K. (2000). Preventing child abuse and neglect with a program of nurse home visitation: The limiting effects of domestic violence. *Journal of the American Medical Association*, 284(11), 1385-1391.

- Evans, G.W., & English, K. (2002). The environment of poverty: Multiple stressor exposure, psychophysiological stress, and socioemotional adjustment. *Child Development*, 73(4), 1238-1248.
- Fraser, J.A., Armstrong, K.L., Morris, J.P., & Dadds, M.R. (2000). Home visiting intervention for vulnerable families with newborns: Follow-up results of a randomized controlled trial. *Child Abuse and Neglect*, 24(11), 1399-1429.
- Field, T. (1998). Maternal depression effects on infants and early interventions. *Preventive Medicine*, 27(2), 200-203.
- Field, T. & al. (2006). Prenatal, perinatal and neonatal stimulation: A survey of neonatal nurseries. *Infant Behavior & Development* 29(1) 24-31.
- Glaser, D. (2000). Child abuse and neglect and the brain: A review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41(1), 97-116.
- Glover, V., Onozawa, K., & Hodgkinson, A. (2002). Benefits of infant massage for mothers with postnatal depression. *Semin Neonatol*, 7, 495-500.
- Gray, J., Spurway, P., & McClatchey, M. (2001). Lay therapy intervention with families at risk for parenting difficulties: The Kempe Community Caring Program. *Child Abuse and Neglect* 25(5), 641-655.
- Grietens, H., Geeraert, L., & Hellinckx, W. (2004). A scale for home visiting nurses to identify risks of physical abuse and neglect among mothers with newborn infants. *Child Abuse and Neglect*, 28(3), 321-337.
- Hannon, P. (2003). Developmental neuroscience: implications for early childhood intervention and education. *Current Paediatrics*, 13, 58-63.
- Heaman, M., Chalmers, K., Woodgate, R., & Brown, J. (2007). Relationship work in an early childhood home visiting program. *Journal of Pediatric Nursing*, 22(4), 319-330.
- Hildyard, K.L., & Wolfe, D.A. (2002). Child neglect: developmental issues and outcomes. *Child Abuse & Neglect*, 26(6-7), 679-695.
- Hildyard, K.L., & Wolfe, D.A. (2007). Cognitive processes associated with child neglect. *Child Abuse and Neglect* 31(8), 895-907.
- Honing, A.S., & Morin, C. (2001). When should programs for teen parents and babies begin? Longitudinal evaluation of a teen parents and babies program. *Journal of Primary Prevention*, 21(4), 447-454.
- Hutcheson, J. J., Black, M.M., Talley, M., Dubowitz, H., Bereson Howard, J., Starr, R.H., & Thompson, B.S. (1997). Risk status and home intervention among children with failure-to-thrive: follow up at age 4. *Journal of Pediatric psychology*, 22(5), 651-668.
- Ivic, I. (1994). L.S. Vygotsky. www.ibe.unesco.org/publications/ThinkersPdf/vygotskf.pdf -
- Jourdan-Ionescu, C. (2001). Intervention écosystémique individualisée axée sur la résilience. *Revue Québécoise de Psychologie*, 22(1), 163-186.
- Krysiak, J., LeCroy, C.W., & Ashford, J.B. (2008). Participants' perceptions of healthy families: A home visitation program to prevent child abuse and neglect. *Children and Youth Services Review*, 30(1), 45-61.

- Lutzker, J.R., Bigelow, K.M., Doctor, R.M., & Kessler, M.L. (1998). Safety, health care, and bonding within an ecobehavioral approach to treating and preventing child abuse and neglect. *Journal of Family Violence*, 13(2), 163-185.
- McCurdy, K., & Daro, D. (2001). Parent involvement in family support programs: An integrated theory. *Family Relations*, 50(2), 113-121.
- MacMillan, H.L., Thomas, B.H., Jamieson, E., Walsh, C.A., Boyle, Harry, M.H., Shannon, H.S., & Gafni, A. (2005). Effectiveness of home visitation by public-health nurses in prevention of the recurrence of child physical abuse and neglect: a randomised controlled trial. *Lancet*, 365(9473), 1786-1793.
- Mackereth, P.A., & Tipping, L. (2003). A minority report: teaching fathers baby massage. *Complementary Therapies in Nursing & Midwifery*, 9, 147-154.
- Mackner, L.M., Starr, R.H., & Black, M.M. (1997). The cumulative effect of neglect and failure to thrive on cognitive functioning. *Child Abuse and Neglect*, 21(7), 691-700.
- Mackner, L.M., Black, M.M., & Starr, R.H. (2003). Cognitive development of children in poverty with failure to thrive: a prospective study through age 6. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44(5), 743-751.
- Miedel, W., & Reynolds, A.J. (1999). Parent involvement in early intervention for disadvantaged children: Does it matter? *Journal of School Psychology*, 37(4), 379-402.
- Nelson, C.A. (1999). Neural plasticity and human development. *Current Directions in Psychological Science*, 8(2), 42-45.
- Nelson, C.A. (2000). The neurobiological bases of early intervention. In J.P. Shonkoff & S.J. Meisels (Eds.), *Handbook of early childhood intervention* (2nd ed.) New York: Cambridge university Press.
- Olds, A., Eckenrode, J., & Kitzman, H. (2005). Clarifying the impact of the Nurse-Family Partnership on child maltreatment: Response to Chaffin (2004). *Child Abuse and Neglect*, 29(3), 229-233.
- Ou, S.R. (2005). Pathways of long-term effects of an early intervention program on educational attainment: Findings from the Chicago longitudinal study. *Applied Developmental Psychology*, 26(5), 578-611.
- Palusci, V.J., Crum, P., Bliss, R., & Bavolek, S.J. (2008). Changes in parenting attitudes and knowledge among inmates and other at-risk populations after a family nurturing program. *Children and Youth Services Review*, 30(1), 79-89.
- Roggman, L.A., Boyce, L.K., Cook, G.A., & Jump, V.K. (2001). Inside home visits: a collaborative look at process and quality. *Early Childhood Research Quarterly* 16(1), 53-71.
- Scannapieco, M., & Connell-Carrick, K. (2002). Focus on the first years: An eco-developmental assessment of child neglect for children 0 to 3 of age. *Children and Youth Services Review*, 24(8), 601-621.
- Scannapieco, M., & Connell-Carrick, K. (2005). Focus on the first years: Correlates of substantiation of child maltreatment for families with children 0 to 4. *Child and Youth Services Review*, 27(12), 1307-1323.
- Schore, A.N. (2002). The neurobiology of attachment and early personality organization. *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health*, 16(3), 249-263.

Sullivan, S. (2000). La négligence à l'égard des enfants : Définitions et modèles actuels. Examen de la recherche portant sur la négligence à l'égard des enfants 1993-1998.

http://www.phac-aspc.gc.ca/ncfv/cnivf/violencefamiliale/pdfs/nfnts-childbneglect_f.pdf.

Steinhauer, P.D. (1995). *Guide d'évaluation de la compétence parentale*. Toronto : IPEM.

Sweet, M.A., & Appelbaum, M.I. (2004). Is home visiting an effective strategy ? A meta-analytic review of home visiting programs for families with young children. *Child Development*, 75(5), 1435-1456.

Taban, N., & Lutzker, J.R. (2001). Consumer evaluation of an ecobehavioral program for prevention and intervention of child maltreatment. *Journal of Family Violence*, 16(3), 323-330.

Teicher, M.H., Dumont, N.L., Ito, Y., Vaituzis, C., Giedd, J.N., & Andersen, S.L. (2004). Childhood neglect is associated with reduced corpus callosum area. *Biological Psychiatry*, 56(2), 80-85.

White-Traut, R. 2004. Providing a nurturing environment for infants in adverse situations: Multisensory strategies for newborn care. *J Midwifery Womens Health*, 49(suppl 1), 36-41.

ANNEXE

EXEMPLES CONCERNANT LA RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE

Il s'agit, ici, de développer la méthode employée pour la recherche bibliographique. Pour ne pas surcharger les annexes nous ne vous présentons que quelques exemples.

La première étape a consisté à chercher les mots-clés relatifs aux différentes questions posées au point A de ce rapport. Les voici sous-forme de tableaux ; si des termes en langage libre ont été utilisés, cela est noté sinon seuls les mots issus de thésauri sont cités car ils semblaient assez larges. Des termes secondaires n'ont pas été utilisés, cela par choix de ne pas élargir trop les champs.

Le champ concernant la psychomotricité n'a rien donné, il a été abandonné.

Champ : enfant en bas âge		
Termes de langage libre	<i>Termes Majeurs</i>	<ul style="list-style-type: none">- infan*- baby- babies- bébé*- nourrisson- nursling*
Termes issus du Thesaurus of psychological index terms (PsycINFO)	<i>Termes Majeurs</i>	<ul style="list-style-type: none">- neonatal development- infant development- early childhood development
Termes issus du Thesaurus Medline	<i>Termes Majeurs</i>	<ul style="list-style-type: none">- infant- infant, newborn

Champ : développement cognitif		
Termes issus du Thesaurus of psychological index terms	<i>Termes Majeurs</i>	<ul style="list-style-type: none"> - intelligence - cognitive ability (verbal, spatial) ? - cognitive development (à sélectionner encore) - cognitive process ? - mental retardation - psychosocial retardation

Champ : négligence		
Termes de langage libre	<i>Termes Majeurs</i>	<ul style="list-style-type: none"> - négligen* - carence affective - carence de soin
Termes issus du Thesaurus of PsycINFO	<i>Termes Majeurs</i>	<ul style="list-style-type: none"> - child neglect - failure to thrive

Champ : intervention précoce		
Termes issus du Thesaurus of psychological index terms	<i>Termes Majeurs</i>	<ul style="list-style-type: none"> - early intervention - home visiting programs - prevention - family intervention - parent training

- a. Croiser les champs concernant le développement cognitif ET la petite enfance ET la négligence. Pour cela, PsycINFO paraissait être la base de données la plus adéquate. (recherche datant du 4/12/07)

<i>Etapes</i>	<i>Recherche</i>	<i>Résultats</i>
#1	('Cognitive-Ability' in MJ,MN) or ('Cognitive-Development' in	94451

	MJ,MN) or ('Cognitive-Processes' in MJ,MN)	
#2	'Intelligence-' in MJ,MN	13837
#3	'Mental-Retardation' in MJ,MN) or ('Psychosocial-Mental-Retardation' in MJ,MN	20926
#4	#1 or #2 or #3	125455
#5	'Infant-Development' in MJ,MN	8644
#6	'Neonatal-Development' in MJ,MN	1202
#7	'Early-Childhood-Development' in MJ,MN	5318
#8	#5 or #6 or #7	14642
#9	NURSLING*	51
#10	BABY	4758
#11	BABIES	3434
#12	NOURRISSON*	141
#13	BEBE*	453
#14	TODDLER*	4011
#15	#8 or #9 or #10 or #11 or #12 or #13 or #14	24791
#16	'Child-Neglect' in MJ,MN	2217
#17	'Failure-to-Thrive' in MJ,MN	272
#18	'Dysfunctional-Family' in MJ,MN	643
#19	CARENCE*	31
#20	#16 or #17 or #18 or #19	3131
#21	#4 and #15 and #20	7

b. Croiser les champs concernant le développement ET la négligence ET l'intervention précoce.

(Recherche datant du 6/12/07)

<i>Etapes</i>	<i>Recherche</i>	<i>Résultats</i>
#1	('Early-Childhood-Development' in MJ,MN) or ('Emotional-Development' in MJ,MN) or ('Infant-Development' in MJ,MN) or ('Intellectual-Development' in MJ,MN) or ('Language-Development' in MJ,MN) or ('Moral-Development' in MJ,MN) or ('Motor-Development' in MJ,MN) or ('Neonatal-Development' in MJ,MN) or (43020

	'Perceptual-Motor-Development' in MJ,MN) or ('Psychomotor-Development' in MJ,MN) or ('Childhood-Play-Development' in MJ,MN)	
#2	'Early-Intervention' in MJ,MN	5575
#3	'Family-Intervention' in MJ,MN	866
#4	'Parent-Training' in MJ,MN	4230
#5	'Prevention-' in MJ,MN	12958
#6	'Home-Visiting-Programs' in MJ,MN	891
#7	#2 or #3 or #4 or #5 or #6	23291
#8	CARENCE*	31
#9	'Dysfunctional-Family' in MJ,MN	643
#10	'Failure-to-Thrive' in MJ,MN	272
#11	'Child-Neglect' in MJ,MN	2217
#12	# 8 or #9 or #10 or #11	3131
#13	#7 and #12	300
#14	#13 and #1	6

Des 6 notices trouvées en fin de recherche, seul un article a été gardé en fonction de nos critères de sélection.

Par contre, de l'interaction entre les champs « intervention précoce » et « négligence », certains ont été retenus parmi les 300 articles.

c) A partir de Science Direct différents mots-clés ont été utilisés :

- Massage baby
- Child neglect et neglectful parents: seuls les articles parus après 2000 ont été retenus
- Early childhood intervention : les articles retenus sont parus à partir de 1998
- Play therapy n'a rien donné
- Parenting intervention n'a rien donné
- Cognitive development et parent child interaction
- Home visit et early childhood a fourni plusieurs textes intéressants.