

ETAPE

Ensemble Travaillons autour de la Petite Enfance

Rapport d'évaluation des résultats

Marc Vanmeerbeek, Stéphanie Bednarek, DUMG – ULg

Sophie Lachaussée, SOS Familles – CHC

Chantal Vandoorne, APES – ULg

Mars 2012



Département de Médecine générale

Appui en Promotion et Education pour la Santé



Equipe SOS Familles – CHC Espérance Liège

Avec le soutien du Fonds David-Constant, géré par la Fondation Roi Baudouin



Table des matières

Résumé	4
Contexte et objectifs	4
Méthodologie	4
Résultats	4
Discussion	4
Conclusion	5
1 Introduction.....	6
2 Préliminaires.....	7
2.1.1 Déterminants du développement de l'enfant.....	7
2.1.2 Facteurs prédisposants liés à la famille	7
2.1.3 Facteurs liés au programme ETAPE.....	7
3 Méthodologie	8
3.1 Première question d'évaluation	8
3.1.1 Tests retenus : Brunet-Lézine révisé	8
3.1.2 Modalités d'application.....	9
3.2 Deuxième question d'évaluation	9
3.2.1 Test retenu : Q-Sort de Pierrehumbert	9
3.2.2 Modalités d'application.....	10
3.3 Troisième question d'évaluation.....	10
3.3.1 Outil retenu : MASPIN	10
3.3.2 Modalités d'application.....	10
4 Résultats globaux	11
4.1 Durée d'intervention	11
4.2 Brunet-Lézine	12
4.2.1 Rappel théorique	12
4.2.2 Résultats globaux	12
4.2.3 Quotients de développement global.....	12
4.2.4 Quotients de développement en motricité globale.....	14
4.2.5 Quotients de développement en motricité fine.....	14
4.2.6 Quotients de développement du langage.....	15
4.2.7 Quotients de développement de la socialisation	16
4.2.8 Tests statistiques	17
4.3 Q-Sort	19

4.3.1	Difficultés liées au niveau culturel des parents.....	19
4.3.2	Corrélations à la norme	19
4.3.3	Résultats	19
4.3.4	Discussion	20
4.4	MASPIN.....	22
5	Résultats par enfant	23
5.1	Groupe 1 : amélioration ou statut quo à un bon niveau.....	23
5.1.1	Enfant S.....	23
5.1.2	Enfant N.....	27
5.1.3	Enfant A	31
5.1.4	Enfant No.....	35
5.1.5	Enfant Nia	38
5.1.6	Enfant M	41
5.1.7	Enfant J	45
5.1	Groupe 2 : dégradation sur plusieurs indicateurs de développement ou absence d'amélioration au départ d'un niveau bas	48
5.1.1	Enfant B	48
5.1.2	Enfant J-M.....	53
5.1.3	Enfant So.....	57
5.1.4	Enfant Ma	60
5.1.5	Enfant Br	63
6	Discussion	67
6.1	Synthèse des résultats.....	67
6.1.1	Limite des tests utilisés.....	67
6.1.2	Commentaires sur les résultats	68
6.2	Synthèse sur le processus.....	70
6.2.1	Résistances à l'évaluation.....	70
6.2.2	Difficulté des professionnels à initier une action dans une situation familiale suspecte 70	
6.2.3	Difficulté du dialogue avec les bénéficiaires en vue de l'intervention.....	71
6.2.4	Variété des compétences nécessaires.....	72
6.2.5	Turnover des intervenantes	73
7	Conclusions.....	73
8	Bibliographie.....	76

Résumé

Contexte et objectifs

ETAPE est un programme d'intervention précoce à domicile au bénéfice de familles à risque de négligence parentale. Le programme prend en charge des enfants de 0 à 30 mois, ainsi que leurs parents, au rythme d'une à deux visites à domicile par semaine. L'intervention consiste en des massages du bébé, des jeux psychomoteurs. Un temps important est en outre consacré à l'accompagnement et à la guidance du rôle parental. L'originalité du projet est qu'il est centré sur le développement psychomoteur et affectif du bébé en lien avec son ou ses parents.

L'étude cherche à mesurer l'efficacité du programme en termes de développement psychomoteur de l'enfant, de qualité d'attachement au sein de la dyade parent-enfant et de compétences éducatives des parents.

Méthodologie

Les aptitudes psychomotrices de l'enfant ont été mesurées au moyen du test de Brunet et Lézine modifié, au début, en milieu et en fin d'intervention.

Le caractère sécure ou non de l'attachement a été mesuré chez le caregiver par Q-Sort en début et en fin d'intervention.

Les compétences parentales ont été évaluées tous les six mois durant l'intervention au moyen d'un questionnaire développé par l'équipe de recherche en 2008 (MASPIN) et complété par les intervenants sur base de leurs observations.

Résultats

Douze enfants ont été étudiés. Les trois quarts ont été pris en charge avant 1 an ; la durée moyenne d'intervention est de 11,3 mois.

En moyenne, les enfants gagnent nettement en score de développement moteur global, gagnent un peu en socialisation, sont stables en développement moteur fin. La plupart régressent au score de langage, ce qui influence négativement le score global de développement.

Deux enfants sur douze sont sécures au début et à la fin de l'intervention (mais ce ne sont pas les mêmes). Aucun ne termine l'intervention significativement insécurisé, mais la relation dans la dyade n'est en général pas optimale.

Les résultats de MASPIN permettent d'étoffer les autres résultats obtenus et de mieux comprendre l'évolution au cas par cas.

Discussion

Les résultats, mesurés par les tests de Brunet-Lézine et le Q-Sort semblent modestes dans certains domaines, mais doivent être analysés à la lumière des conditions d'intervention.

MASPIN a donné une vue beaucoup plus précise de la réalité et de son évolution. Ce questionnaire a aussi permis de monitorer l'intervention. Toutefois, la finesse des observations et l'aspect subjectif de la cotation empêchent une analyse globale des résultats ; la fidélité intercotateur doit encore être validée.

MASPIN permet en outre de donner des repères pour le dialogue avec d'autres professionnels impliqués dans le suivi des situations, et fournit un canevas qui facilite la discussion avec les familles sur l'exercice de la parentalité et les objectifs d'intervention.

L'analyse des résultats permet de prendre conscience que certaines compétences (par ex., le langage) méritent d'être mieux soutenues et stimulées par les intervenants de terrain.) Des collaborations extérieures devront être développées (par ex : psychologue, aide sociale).

L'investissement requis de la part des intervenants est important. Le risque de découragement est grand ; ils doivent être soutenus et supervisés de façon efficace dans ce travail. L'instauration d'un vrai esprit d'équipe est indispensable

Conclusion

Le rendement de ce programme, destiné à un public particulièrement difficile, est intéressant mais variable selon les situations prises en charge, que ce soit en termes de développement psychomoteur ou d'attachement à la figure parentale.

L'outil MASPIN se révèle précieux dans de multiples aspects de la prise en charge, depuis le dialogue avec les professionnels qui identifient la situation, jusqu'au monitoring des objectifs au fil de l'intervention, en passant par la construction des objectifs d'intervention avec les parents.

1 Introduction

La négligence est une forme de maltraitance ; qu'elle soit physique, médicale, éducationnelle ou encore émotionnelle, elle représente un phénomène trop fréquent, qui s'exprime à bas bruit et passe souvent inaperçu. Les conséquences à long terme en sont lourdes tant sur le plan de la santé physique et psychique que de l'intégration sociale à l'âge adulte.

ETAPE est un programme né en 1999 à l'initiative de maisons médicales liégeoises (Tilleur, Cadran et Solidarités) et du service SOS-Familles du CHC (site Espérance) à Montegnée. Son but est de favoriser le développement optimal de l'enfant négligé et son intégration sociale ultérieure en réduisant le handicap psychosocial. Il est basé sur le postulat que la santé psychique s'élabore dans les tous premiers liens que l'enfant tisse avec ceux qui l'accompagnent dans la vie, en premier lieu, ses parents.

ETAPE se fonde sur une approche développementale et systémique, c'est-à-dire que tant l'enfant que ses différents milieux de vie ou systèmes sont pris en compte : famille, intervenants sociaux, etc. 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.

ETAPE, en accord avec la littérature scientifique, centre l'intervention sur des stimulations cognitives, psychomotrices et émotionnelles de l'enfant par des techniques de massage du bébé et de jeux psychomoteurs (Bugental & Schwartz, 2009; Glover, Onozawa, & Hodgkinson, 2002; Lowell, Carter, Godoy, Paulicin, & Briggs-Gowan, 2011; Moss et al., 2011; O'Higgins, St James Roberts, & Glover, 2008). L'implication d'au moins un des parents est toujours explicitement proposée pour intervenir directement sur les compétences relationnelles et éducationnelles parentales ; l'adéquation de la dyade parent-enfant fait l'objet de l'attention des intervenants.

L'intervention (bi)hebdomadaire précoce à domicile, prolongée idéalement entre les âges de 0 et 30 mois, tente également de développer autour de la famille un réseau social (professionnel et non professionnel) bienveillant et solide.

Le programme cherche également à développer entre ses promoteurs et les intervenants professionnels proches de la famille (travailleurs médico-sociaux de l'ONE, consultations prénatales, médecins généralistes et pédiatres, services sociaux) des liens fonctionnels durables et une collaboration efficace.

L'évaluation du programme présentée dans ce rapport apporte des réflexions intéressantes et pointe les difficultés. En particulier, la démarche-même d'évaluation a posé problème à certaines familles et acteurs professionnels proches des familles, ce qui a limité le recrutement des situations incluses dans l'évaluation. Au fil du temps, l'évaluation a pu faire partie intégrante de l'intervention et dès la présentation du programme, elle était prévue de manière plus naturelle. Il a fallu que les intervenantes puissent d'abord la percevoir comme non menaçante pour leur travail et pour le lien de confiance qu'elles avaient tissé avec la famille de manière à pouvoir mettre les mots justes dessus et ainsi rassurer les parents. L'outil MASPIN, développé dans une phase précédente de la recherche, s'est révélé intéressant à ce niveau.

2 Préliminaires

L'enfant est la première cible de l'intervention, dont l'objectif à long terme est son développement global harmonieux : avoir confiance en soi et en ses proches, être capable de vivre ensemble, d'apprendre.

2.1.1 Déterminants du développement de l'enfant

La littérature scientifique nous apprend que le développement de l'enfant ne peut se réaliser que dans un environnement familial et social adéquat. Une première série d'objectifs intermédiaires du programme ETAPE se rapportent donc à l'action sur trois catégories de déterminants :

- l'adéquation de la dyade parent-enfant ;
- les compétences parentales ;
- le réseau social de la famille.

2.1.2 Facteurs prédisposants liés à la famille

Les objectifs intermédiaires de l'intervention se rapportent à l'action sur les facteurs prédisposants à mettre en relation avec ces déterminants : les aptitudes personnelles et sociales des parents, leurs connaissances et intentions positives.

Les aptitudes personnelles et relationnelles des enfants seront engrangées comme des résultats à court terme du programme.

2.1.3 Facteurs liés au programme ETAPE

La gestion du programme et de la collaboration avec le réseau social telles que décrites dans le rapport de 2008 (Bednarek, Absil, Vandoorne, Lachaussee, & Vanmeerbeek, 2008) nous commandent d'être attentifs à la globalité du processus. L'amélioration des compétences professionnelles des intervenants, les collaborations en réseau et l'engagement professionnel des partenaires du programme seront considérés comme des critères de qualité du programme indispensables à l'atteinte de ses objectifs.

La durée et la fréquence des interventions effectives auprès des différentes familles, des facteurs de l'entourage ou de l'environnement immédiat des familles peuvent potentialiser ou freiner les bénéfices des interventions et sont susceptibles d'éclairer et/ou de nuancer les résultats obtenus.

3 Méthodologie

Notre évaluation des résultats porte sur des mesures standardisées et des observations comportementales.

3.1 Première question d'évaluation

Est-ce que les aptitudes de l'enfant évoluent entre le début et la fin de la période d'intervention, en référence aux étapes de développement attendues auprès de la moyenne des enfants de cet âge ?

3.1.1 Tests retenus : Brunet-Lézine révisé

Objectif : Évaluation des niveaux psychomoteur, relationnel et social de l'enfant et plus précisément les aspects concernant la motricité fine et globale, le langage réceptif et expressif et la socialisation.

L'inventaire global des aptitudes de base de Brigance ("Brigance Early Childhood Screens," 2010), initialement choisi, s'est avéré intéressant au niveau de la fixation des objectifs clairs pour l'intervenant et pour la famille ; cependant son intérêt clinique est supérieur à son intérêt au niveau de la recherche. En effet, il n'apporte aucune note standard globale et rend difficile les comparaisons entre sujets et la mesure de l'évolution de chaque enfant.

Après l'évaluation des quatre premiers enfants (B, S, N, M), nous avons cherché un test standardisé, permettant d'arriver à une synthèse des compétences de l'enfant sur quatre niveaux de développement (psychomoteur, autonomie, langage et socialisation). Finalement, nous avons opté pour **l'échelle de développement psychomoteur de la première enfance (ou Brunet-Lézine révisé) (Brunet & Lézine, 1965)**, qui permet une évaluation des les enfants âgés de 0 à 30 mois. Les observations issues de l'inventaire de développement de Brigance étaient majoritairement transposables au Brunet-Lézine étant donné la correspondance des habilités qui sont évaluées dans ces deux tests. Un seul domaine a posé problème : la catégorie « coordination oculomotrice », e.a. les items pour lesquels l'enfant doit placer des formes dans les trous correspondants d'une planchette. La solution est venue des cahiers d'observations cliniques des intervenantes, qui utilisent fréquemment ce genre de jeu lors des interventions.

Le test de Brunet-Lézine comporte 4 domaines d'évaluation (posture, coordination, langage et socialisation), de 10 items chacun. À la fin du test, deux types de quotient de développement peuvent être obtenu :

- Un quotient de développement global qui permet de comprendre où se trouve l'enfant parmi son groupe d'âge de référence, la norme ;
- Des quotients de développement par domaine.

Ce test est fréquemment utilisé dans les évaluations psychologiques pour ses qualités métriques. Il est intéressant au niveau du développement psychomoteur mais n'a pas de valeur prédictive concernant le potentiel de développement de l'enfant dans le futur.

3.1.2 Modalités d'application

Nous avons prévu initialement qu'un évaluateur externe, formé à l'évaluation du développement psychomoteur du jeune enfant, fasse passer le test à chaque enfant en début et en fin d'intervention.

Pour les interventions de longue durée, un test supplémentaire en milieu d'intervention nous est apparu rapidement nécessaire, d'une part en raison de la maturation des domaines de développement (certaines aptitudes sommeillent durant les premiers mois alors que d'autres sont en pleine expansion), et d'autre part en raison de la richesse des changements dans la tranche d'âge située entre 15 et 18 mois (acquisition de la marche, autonomie nouvelle, nouveau mode de relation avec le monde, prémices de l'acquisition de la propreté, etc.).

Cette évaluation intermédiaire a permis une comparaison plus juste de l'évolution des différents domaines d'acquisition et une actualisation du programme individualisé de l'enfant.

3.2 Deuxième question d'évaluation

Est-ce que l'attachement parent-enfant évolue vers le type sécure entre le début et la fin de l'intervention ?

Nous nous sommes intéressés aux interactions de l'enfant avec ses parents et à ses liens sociaux. Le développement est dépendant de l'environnement. Le parent crée une relation particulière avec l'enfant : il l'aide à se dépasser pour qu'ensuite il parvienne à accomplir les actions par lui-même. Une relation parent-enfant qui engendre un attachement sécure chez l'enfant lui permet d'être disponible aux apprentissages et à la découverte du monde qui l'entoure.

3.2.1 Test retenu : Q-Sort de Pierrehumbert

La méthodologie Q s'applique à l'étude de la subjectivité de cas uniques (et non de populations). Stephenson définit la subjectivité comme le fait de « voir les choses exclusivement par l'intermédiaire de son esprit » (Stephenson, 1978). La méthode Q, basée sur une analyse factorielle, étudie le caractère autoréférentiel de la subjectivité et permet d'en faire émerger les facteurs opérants (Gauzente, 2005). Cette théorie est utilisée dans les domaines des sciences politiques, des soins hospitaliers, de la communication et de la psychologie, à laquelle Pierrehumbert a apporté une contribution significative, notamment en adaptant en français le « Q-Sort » de Waters et Deane (Pierrehumbert et al., 1996; Pierrehumbert, Sieye, Zaltman, & Halfon, 1995).

Ce test est réalisable, accessible et a de bonnes caractéristiques psychométriques. Il permet de décrire la relation d'attachement parent-enfant. Le parent interrogé classe 79 phrases concernant l'enfant, des plus vraies aux plus fausses. Chacune reçoit des points en fonction de son ordre de classement, de 1 à 9, permettant ainsi d'aboutir à une normalisation des cotations. Ces points sont corrélés avec la norme française de Pierrehumbert, la désirabilité sociale ayant été contrôlée grâce à une corrélation partielle. Un résultat est obtenu après analyse statistique reflétant si l'enfant est significativement sécure, significativement insécure ou pas.

Description du test

Etape 1 : les 79 cartes sont triées en 3 piles : Les items sont vrais (correspondent au comportement de leur enfant) – non pertinents – faux

Etape 2 : de ces trois tas de cartes, un second tri est demandé aux parents pour arriver à 9 piles, classées de A à I. Chaque tas est divisé en 3 tas : par exemple, pour le premier tas des cartes qui décrit le mieux le comportement de leur enfant, ces cartes sont classées du plus vrai au moins vrai. Et ainsi de suite pour les deux autres tas.

Etape 3 : distribution forcée à l'intérieur de chaque pile. Une fois les cartes classées en 9 piles, il est demandé aux parents de ne garder qu'un certain nombre d'items dans chaque pile, de manière à obtenir un choix forcé qui amène à une représentation des résultats globaux sur une courbe de Gauss. Pour chaque pile, voici le nombre de cartes à laisser : 5 cartes - 6 cartes - 10 cartes - 12 cartes - 13 cartes - 12 cartes - 10 cartes - 6 cartes - 5 cartes.

Etape 4 : attribution des scores : un score particulier est attribué à chaque carte en fonction de la pile au sein de laquelle elle se trouve. Attribution des scores, de A à I : 9-8-7-6-5-4-3-2-1.

3.2.2 Modalités d'application

Un évaluateur externe formé à cette technique a fait passer le test au caregiver en début et en fin d'intervention.

3.3 Troisième question d'évaluation

Comment évoluent les compétences parentales en matière de connaissances, de capacités et de ressources tangibles entre le début et la fin de l'intervention ?

3.3.1 Outil retenu : MASPIN

Cet outil est décrit en annexe et dans une publication à paraître (Bednarek, Vandoorne, Absil, Lachaussee, & Vanmeerbeek, 2012). Il s'agit d'un questionnaire qualitatif, développé durant la recherche 2007-2008 suite à la revue de littérature et avec la participation des intervenantes (Grietens, Geeraert, & Hellinckx, 2004; Hellinckx & Grietens, 2002; Steinhauer, 1995; Taban & Lutzker, 2001). Cet outil doit subir une révision de façon à affiner sa structure, clarifier son mode d'emploi et probablement réduire quelque peu sa longueur. Une phase de travail collectif avec les intervenantes sera nécessaire pour favoriser l'harmonisation de l'utilisation des items. Cet outil n'a pas été modifié depuis sa conception, mais a fait l'objet de réflexions constantes tout au long de cette période d'évaluation. Il nécessite une phase d'apprentissage et d'appropriation de ses composants.

Il est destiné à être utilisé par les intervenantes de terrain, et permet de centrer l'analyse autour de 6 thématiques ; il cible les points « faibles » sur lesquels des objectifs d'intervention peuvent être définis avec les bénéficiaires et les intervenants qui gravitent autour de la famille. A ce titre, il s'avère intéressant pour la contextualisation des résultats des tests plus structurés.

3.3.2 Modalités d'application

Le questionnaire est destiné à être complété tous les 6 mois pendant la durée de l'intervention d'ETAPE, la première fois après les 3 ou 4 premières interventions en famille. Le questionnaire est complété 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.

4 Résultats globaux

Douze familles ont finalement pu intégrer le processus d'évaluation.

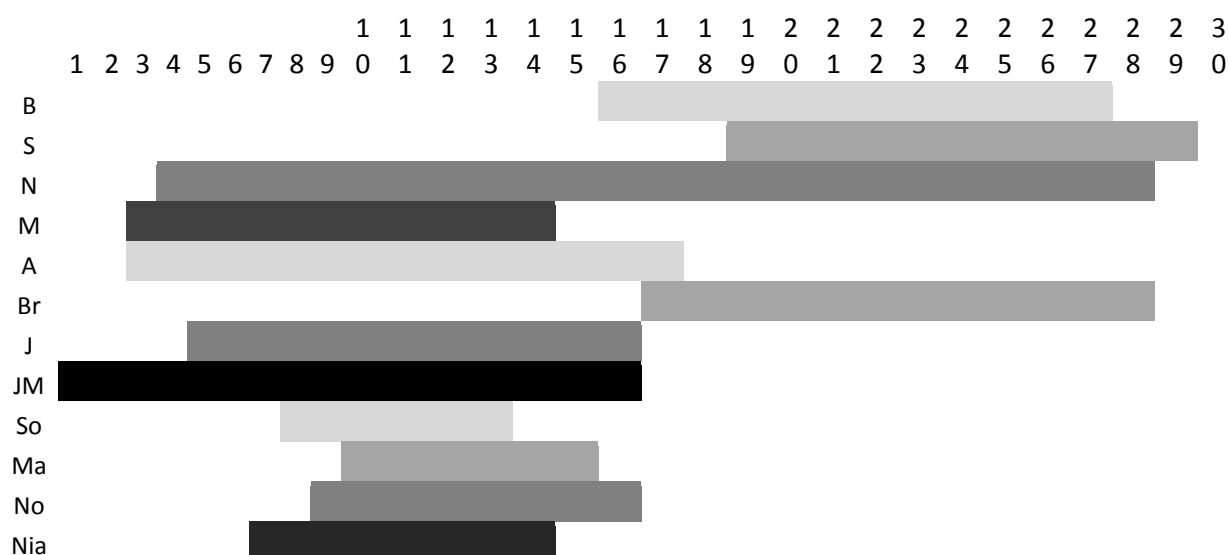
4.1 Durée d'intervention

L'intervention débute le plus tôt possible dans la vie de l'enfant. Cette affirmation doit être tempérée par la réalité des faits. En pratique, l'intervention commence au terme d'un processus dans lequel s'enchaînent l'identification de la situation par un professionnel du domaine psycho-médico-social, l'information de la famille bénéficiaire et le recueil de son consentement. Entre hésitations, prises d'avis et rendez-vous manqués, plusieurs mois peuvent s'écouler. Finalement, trois quarts des enfants repris dans cette étude ont été pris en charge à des moments divers de leur première année, ce que nous devons finalement considérer comme satisfaisant, compte tenu des difficultés mentionnées.

L'intervention peut se prolonger jusqu'à 30 mois, âge théorique de l'entrée à l'école maternelle. Dans la pratique, la plupart des interventions se sont achevées bien avant, pour des raisons diverses qui sont commentées pour chaque enfant. La durée moyenne d'intervention pour les observations rapportées ici est de 11,3 mois.

Le tableau 1 permet d'identifier deux groupes d'enfants : ceux pris en charge précocement et jusque vers 16 mois et ceux pris en charge vers 16 mois jusque vers 28 mois. Cette différence n'est pas volontaire. Pour Br, il s'agit d'une prise en charge simultanée à celle de son petit frère. Seul un enfant chevauche les deux périodes (N).

Tableau 1 : durée d'intervention (en mois) pour chaque enfant



4.2 Brunet-Lézine

4.2.1 Rappel théorique

Le test, établi pour les enfants de 0 à 30 mois, évalue une série de compétences étalonnées pour chaque âge : domaine moteur, coordination oculomotrice, langage (expression et compréhension) et relations sociales. A chaque âge peut être attribué un âge de développement (AD), mais aussi un quotient de développement (QD), obtenu par la formule $QD = (\text{âge de développement} / \text{âge réel}) \times 100$.

Les quotients de développement permettent de situer les enfants par rapport au groupe d'enfants du même âge qui ont permis de fixer une norme. La distribution est gaussienne, la moyenne est par définition 100, l'écart type (σ) est de +/- 15. On considère donc qu'un QD est dans la norme entre 85 et 115 ; entre 85 (- 1σ) et 70 (- 2σ), on parle de faiblesse développementale ; en dessous de 70 on parle de déficience intellectuelle ou retard mental.

4.2.2 Résultats globaux

En moyenne, les enfants gagnent nettement en score de développement moteur global, gagnent un peu en socialisation, sont stables en développement moteur fin. La plupart régressent au score de langage, ce qui influence négativement le score global de développement (tableau 2).

Tableau 2 : Résultats et gains bruts pour les différents quotients de développement

Enfants	DEBUT (mois)	FIN (mois)	Durée (mois)	QD glob PRE	QD glob POST	Gain QD glob	QD mot glo PRE	QD mot glo POST	Gain QD mot glo	QD mot fin PRE	QD mot fin POST	Gain QD mot fin	QD lang PRE	QD lang POST	Gain QD lang	QD soc PRE	QD soc POST	Gain QD soc
B	16	27	11	93	79	-14	137	107	-30	71	93	22	101	57	-44	96	66	-30
S	19	29	10	74	75	1	93	82	-11	68	78	10	65	68	3	78	82	4
N	4	28	24	51	72	21	41	93	52	71	125	54	41	89	48	41	82	41
M	3	14	11	110	3	-7	94	127	33	122	96	-26	127	89	-38	84	106	22
A	3	17	14	78	75	-3	69	88	19	96	72	-24	39	68	29	78	79	1
Br	17	28	11	51	53	2	46	39	-7	54	59	5	46	45	-1	57	64	7
J	5	16	11	55	55	0	79	86	7	52	94	42	39	21	-18	78	70	-8
JM	1	16	15	96	83	-13	67	104	37	84	76	-8	101	79	-22	29	28	-1
So	8	13	5	81	72	-9	78	63	-15	87	88	1	72	63	-9	135	85	-50
Ma	10	15	5	112	93	-19	129	101	-28	152	96	-56	74	65	-9	99	101	2
No	9	16	7	89	96	7	80	101	21	94	96	2	94	83	-11	94	101	7
Nia	7	14	7	118	1	-17	94	110	16	114	97	-17	97	110	13	97	110	13
Moy						-4,3			7,8			0,42			-4,9			0,67

Voyons ces résultats plus en détail.

4.2.3 Quotients de développement global

Ces scores sont issus de la synthèse des quotients de développement par domaine.

Enfants	B	S	N	M	A	BR	SO	J	JM	MA	NO	NIA	NORME	MOY
PRE TEST	93	74	51	110	78	51	81	55	96	112	89	118	100	84,0
POST TEST	79	75	72	103	75	53	72	55	83	93	96	101	100	79,8

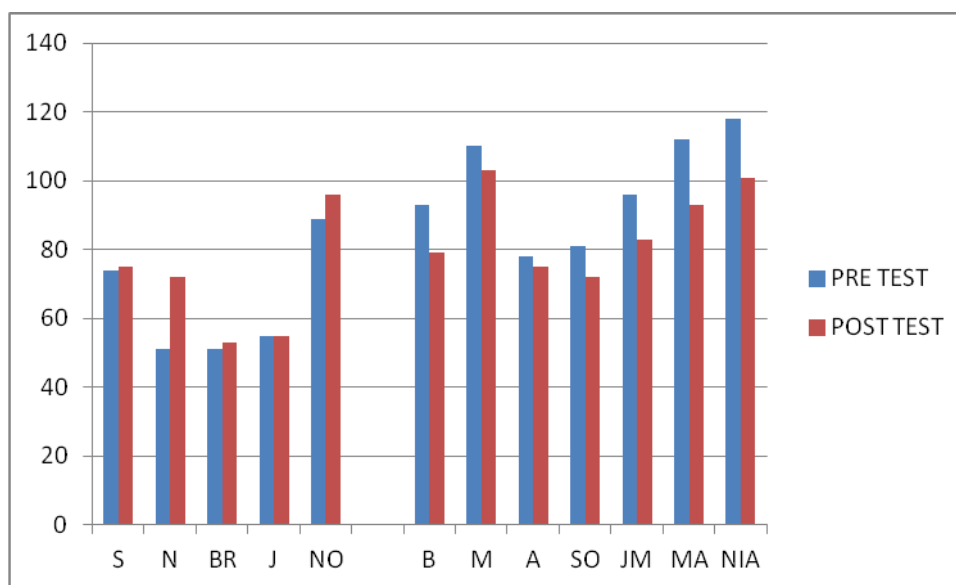


Figure 1 : Quotients de développement global

Cinq enfants sur 12 voient une progression de leur note globale (moyenne pré-test = 64 ; moyenne post-test = 70,2), et 7 une diminution entre le pré- et le post-test (moyenne pré-test = 98,29 ; moyenne post-test = 86,57). Globalement, les enfants qui avaient le déficit le plus grand par rapport à la norme sont ceux qui progressent, quoique faiblement. Malgré cette évolution, nous verrons que cela n'indique pas un développement harmonieux ; en effet, les enfants évoluent bien dans certains domaines mais pas dans d'autres, les scores sont très hétérogènes.

L'enfant N pouvait être décrit comme significativement en retard lors du pré-test, ce qui n'est plus le cas lors du post test. Br et J, qui appartiennent à la même famille, gardent eux un retard significatif de développement.

Le quotient de développement des enfants est majoritairement sous la moyenne de 100. 6 enfants sur 12 sont au dessus de la limite inférieure de la moyenne au pré-test, à savoir 85. Ils ne sont plus que 5 enfants à l'évaluation finale. 4 enfants sur 12 ont un quotient de développement plus élevé (S, N, Br, No) et 7 enfants ont un QD plus faible lors du post-test.

Comme nous le verrons ci-dessous, pour ceux dont le quotient de développement global n'a pas augmenté, il ne s'agit pas spécialement d'un reflet de dégradation du développement mais plutôt l'expression d'un développement disharmonieux. En effet, l'intervention n'a pas pour cible la stimulation de tous les domaines de développement, mais bien principalement le niveau psychomoteur et l'échange affectif. Les hypothèses concernant les augmentations et/ou diminutions dans les différents secteurs de développement au sein de leur développement sont variées et nécessitent une analyse de cas plus précise que vous trouverez ci-dessous, enfant par enfant.

4.2.4 Quotients de développement en motricité globale

Enfants	B	S	N	M	A	BR	SO	J	JM	MA	NO	NIA	NORME	MOYENNE
PRE TEST	137	93	41	94	69	46	78	79	67	129	80	94	100	83,9
POST TEST	107	82	93	127	88	39	63	86	104	101	101	110	100	91,8

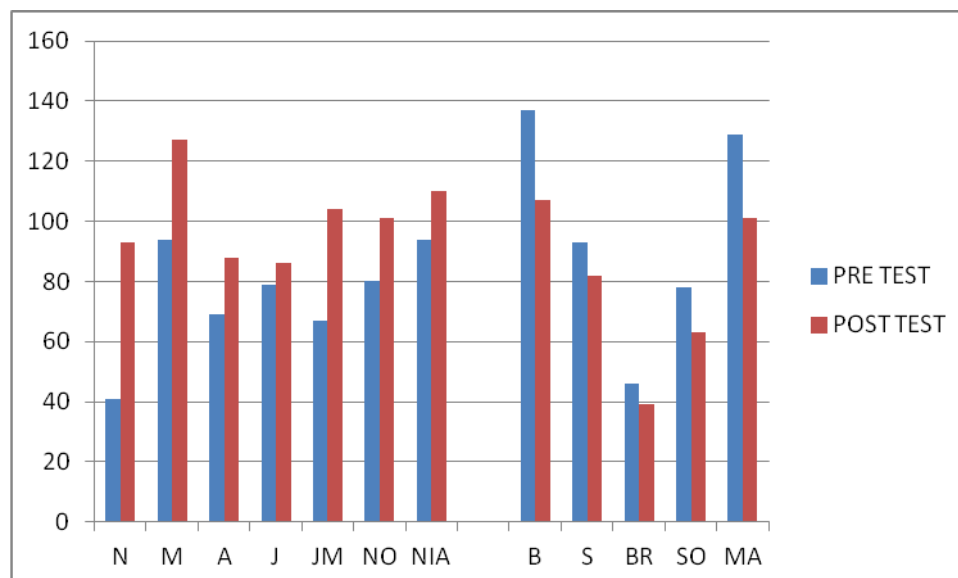


Figure 2 : Quotients de développement en motricité globale

7 enfants sur 12 progressent (moyenne pré-test = 74,86 ; moyenne post-test = 101,29), tandis que 5 sur 12 régressent (moyenne pré-test = 96,60 ; moyenne post-test = 78,40). Le gain est hautement significatif ($p = 0,003649$) ; malheureusement, lorsqu'il y a une perte, elle l'est également ($p = 0,016700$).

5 enfants avaient un quotient de développement au niveau de la motricité globale au dessus de la limite inférieure de la moyenne des enfants de leur âge (B, S, M, Ma et Nia) en début d'intervention, par contre, ils sont 9 sont au dessus de cette limite, ayant ainsi des scores moyens, au post-test. Seuls S, Br et So n'obtiennent pas cette moyenne.

N, Br et J-M étaient significativement en retard au niveau de leur développement dans ce domaine mais seule Br le reste lors du post-test. So par contre ne l'était pas significativement au temps 1 mais l'est au temps 2.

4.2.5 Quotients de développement en motricité fine

Enfants	B	S	N	M	A	BR	SO	J	JM	MA	NO	NIA	NORME	MOYENNE
PRE TEST	71	68	71	122	96	54	87	52	84	152	94	114	100	88,8
POST TEST	93	78	125	96	72	59	88	94	76	96	96	97	100	89,2

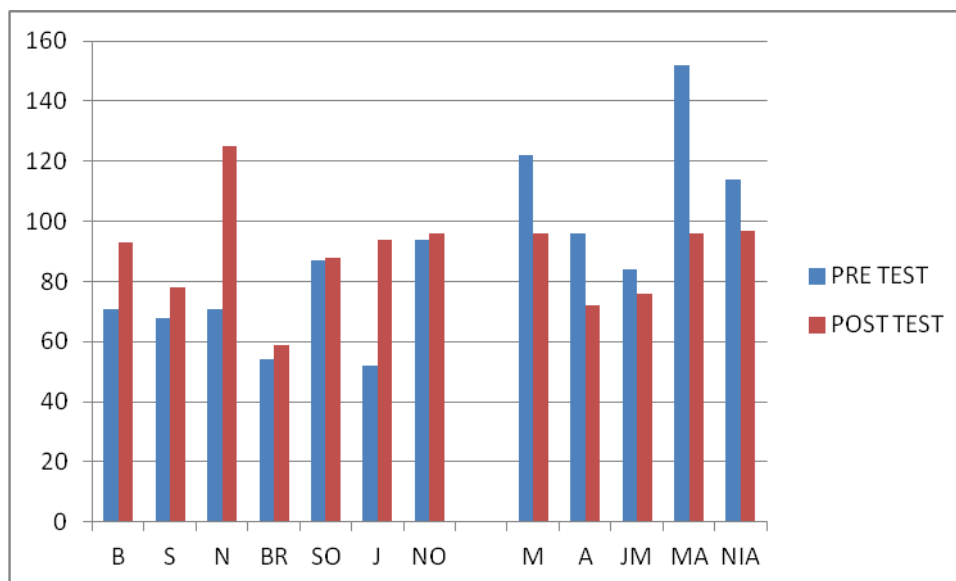


Figure 3 : Quotients de développement en motricité fine

7 enfants sur 12 progressent (moyenne pré-test = 71 ; moyenne post-test = 90,43), tandis que 5 sur 12 régressent (moyenne pré-test = 113,60 ; moyenne post-test = 87,40). Le gain est à la limite de significativité ($p = 0,050121$) ; lorsqu'il y a une perte, elle est par contre très significative ($p = 0,031711$).

Mis à part l'enfant Ma, le groupe des enfants qui régressent est différent de celui de ceux qui montraient une régression en motricité globale.

6 enfants obtiennent un score moyen (> 85) lors du pré test (M, A, So, Ma, No et Nia). 8 enfants l'obtiennent lors du post test (B, N, M, So, J, Ma, No et Nia). 5 des 6 enfants qui avaient un score moyen le garde lors du post test ; A chute à ce niveau. Par contre B, N et J évoluent de manière très positive dans ce domaine et parviennent ainsi dans la norme.

Au niveau des retards significatifs dans ce domaine, S, Br et J en présentaient au temps 1 mais seule Br le garde lors de l'évaluation de fin.

Au-delà du score moyen, il est intéressant de noter que 6 enfants sur 12 ont un quotient plus élevé qu'au début de l'intervention. Ces évolutions sont importantes à noter car étant donné les carences, le but principal n'est pas spécialement de parvenir à les amener dans la moyenne mais leur permettre de ne pas se dégrader.

Parmi ceux qui n'évoluent pas, 4 sont néanmoins dans la moyenne. En résumé, seul 2 enfants n'évoluent pas et ne sont pas dans la moyenne. Il s'agit de A et de J-M, dont le parcours se termine par un placement pour A, tant le trouble du lien était important, et pour JM, dont les limitations intellectuelles de ses parents sont telles qu'ils investissent plutôt la motricité globale que la motricité fine.

4.2.6 Quotients de développement du langage

Enfants	B	S	N	M	A	BR	SO	J	JM	MA	NO	NIA	NORME	MOYENNE
PRE TEST	101	65	41	127	39	46	72	39	101	74	94	97	100	74,7
POST TEST	57	68	89	89	68	45	63	21	79	65	83	110	100	69,8

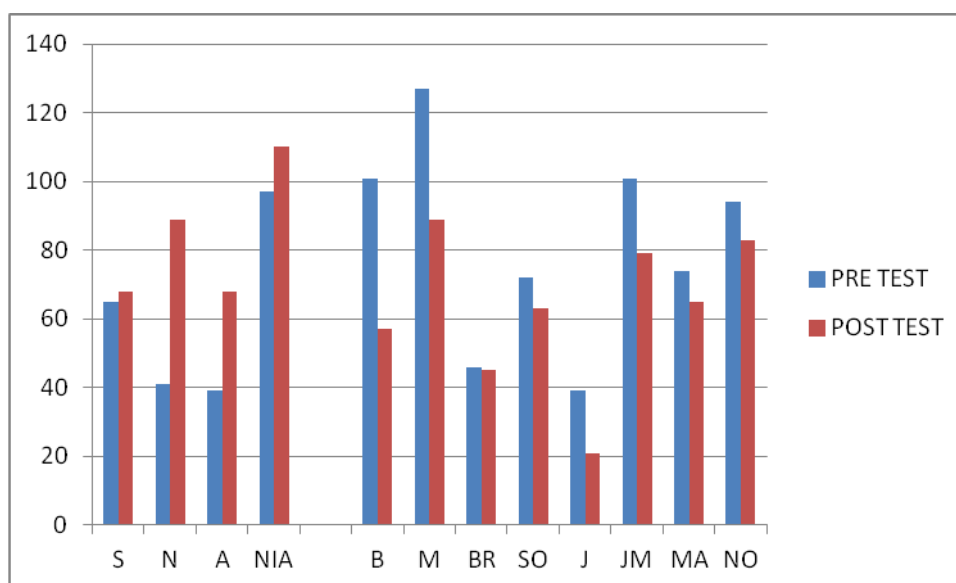


Figure 4 : Quotients de développement du langage

5 enfants sur 12 progressent (moyenne pré-test = 60,50 ; moyenne post-test = 83,75), tandis que 7 sur 12 régressent (moyenne pré-test = 81,75 ; moyenne post-test = 62,75). Lorsqu'il y a un gain, il n'est pas significatif ($p = 0,099042$) malgré la forte progression de deux enfants ; les pertes sont elles très significatives ($p = 0,009067$).

5 enfants ont un langage comme attendu pour la moyenne des enfants de leur âge : B, M, J-M, No et Nia. Seul 3 obtiendront un quotient de développement à ce niveau au dessus de la limite inférieure de la moyenne : N, M et Nia.

4 enfants sur les 12 de notre échantillon ont vu augmenter leurs compétences langagières: Nia, A, N et S. Seuls deux ont eu une augmentation qui les amène à être dans la norme : N et Nia. Et seul 1 enfant est passé d'un quotient de développement très faible à un score moyen : N (le seul enfant pour lequel une évaluation intermédiaire a eu lieu).

Le langage est la compétence la plus faible chez ces enfants. ETAPE ne semble pas outillé pour intervenir à ce niveau. Il serait intéressant de réfléchir aux moyens d'encourager ce secteur de développement (bain de langage, lecture de livres, intervention de psychologue et de logopède).

Au-delà de la faiblesse, les retards de langage sont significatifs et inquiétants chez S, N, A, Br et J lors du pré-test. De ceux-ci, seul N n'est plus significativement en retard au temps 2 mais B, So et Ma le sont significativement au post test.

4.2.7 Quotients de développement de la socialisation

Enfants	B	S	N	M	A	BR	SO	J	JM	MA	NO	NIA	NORME	MOYENNE
PRE TEST	96	78	41	84	78	57	78	29	135	99	94	97	100	80,5
POST TEST	66	82	82	106	79	64	70	28	85	101	101	110	100	81,2

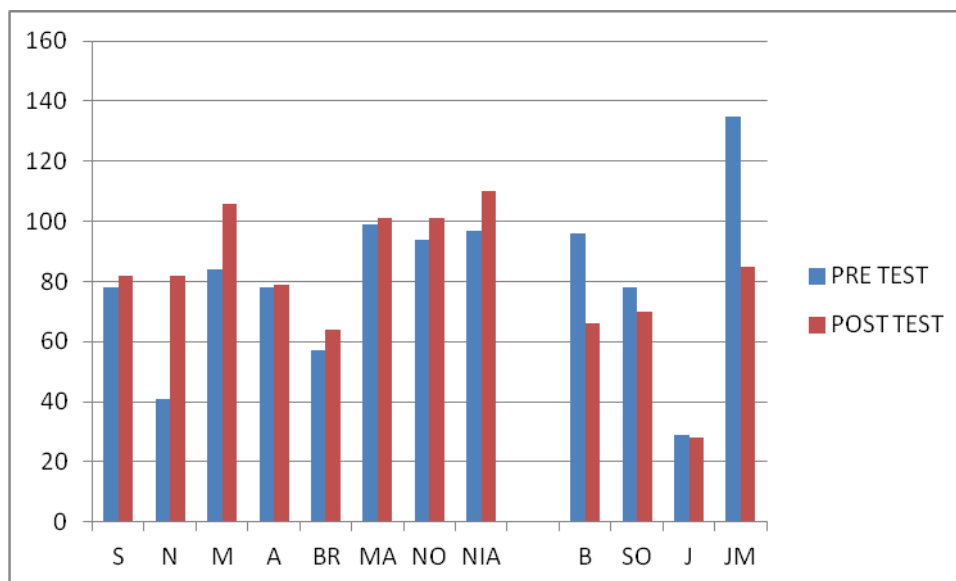


Figure 5 : Quotients de développement de la socialisation

8 enfants sur 12 progressent (moyenne pré-test = 78,5 ; moyenne post-test = 90,63) et 4 sur 12 régressent (moyenne pré-test = 84,5 ; moyenne post-test = 62,25). La progression est nettement significative ($p = 0,038708$), alors que les pertes sont non significatives ($p = 0,139286$).

5 enfants sur les 12 de notre échantillon ont des compétences sociales qui sont dans la moyenne au début de l'intervention : B, J-M, Ma, No et Nia. 5 enfants également ont un quotient de développement à ce niveau dans la norme des enfants de leur âge : M, J-M, Ma, No et Nia.

Lors du pré-test, N, Br et J présentent un retard significatif à ce niveau ; lors du post-test B, Br, J et So présentent un retard lors du post test. 8 enfants eu ont une évolution à ce niveau : S, M, A, Br, Ma, No, Nia ; 4 se retrouvent avec un score moyen mais seul M avait un léger retard à ce niveau.

L'intervention semble pouvoir augmenter ou stabiliser des compétences sociales lorsque les scores sont dans la moyenne, mais ETAPE ne réduit pas vraiment les gros retards. L'objectif est de tendre vers l'autonomie pour ces enfants dont les parents présentent des carences importantes au niveau de l'attachement, de l'expression et du décryptage des émotions, préalable aux interactions sociales, à l'autonomie, à une confiance en soi suffisante pour s'ouvrir vers l'extérieur.

4.2.8 Tests statistiques

La différence de période de début d'intervention a-t-elle une influence sur les résultats ? Les enfants ont été répartis en deux groupes, soit ceux qui ont connu une intervention précoce débutant durant la première année et ceux qui ont connu une intervention plus tardive.

Un test t de Student pour échantillons indépendants a été appliqué pour analyser la différence de moyennes de gain de QD entre les enfants pris en charge précocement (< 1 an ; 9 enfants) ou plus tardivement (> 1 an ; 3 enfants) (tableau 3).

Tableau 3 : Test t de Student pour le moment de prise en charge (précoce/tardif)

	Moyenne « tard »	Moyenne « précoce »	Valeur t	dl	p	N Actifs « tard »	N Actifs « précoce »	Ecart- Type « tard »	Ecart-Type « précoce »
Gain QD global	-3,6667	-4,4444	0,09753	10	0,924232	3	9	8,96289	12,60071

Gain QD motr. globale	-16,0000	15,77778	-2,06282	10	0,066074	3	9	12,28821	25,09371
Gain QD motr. fine	12,3333	-3,55556	0,77469	10	0,456450	3	9	8,73689	34,11785
Gain QD langage	-14,0000	-1,88889	-0,67822	10	0,513023	3	9	26,05763	26,96500
Gain QD sociabilité	-6,3333	3,00000	-0,58554	10	0,571161	3	9	20,55075	24,67793

Aucune valeur ne permet d'attribuer une significativité statistique au moment de début. Notons toutefois que le gain de QD en motricité globale (domaine le plus travaillé dans l'intervention ?) est le plus proche de la significativité ($p = 0,0660$).

Considérant que les variables étudiées (QD) ne sont pas indépendantes les unes des autres, nous avons réalisé une analyse de variance multivariée (Manova) testant la corrélation entre les différents gains aux quotients de développement et le type précoce ou non de prise en charge. Le résultat ne montre pas non plus de différence significative entre les deux groupes (Λ de Wilk = 0,432672, $p = 0,296784$) (tableau 4).

Tableau 4 : Manova gains QD/début d'intervention (précoce/tardif)

	Test	Valeur	F	Effet - dl	Erreur - dl	p
Caract. du début d'intervention	Wilk	0,432672	1,573465	5	6	0,296784

La durée d'intervention varie de 5 à 24 mois. Là non plus, l'analyse multivariée ne peut mettre en évidence un effet de la durée sur les gains en termes de QD, pris ensemble (Λ de Wilk = 0,002680, $p = 0,778929$) (tableau 5) ou séparément (tableau 6).

Tableau 5 : Manova gains QD/durée d'intervention

	Test	Valeur	F	Effet - dl	Erreur - dl	p
Durée d'intervention	Wilk	0,002680	0,678980	30	6	0,778929

Tableau 6 : Manova R modèle complet gains QD isolés

	dl - Modèle	dl - Résidus	F	p
Gain QD glob	6	5	1,569368	0,318753
Gain QD mot glo	6	5	2,073991	0,220362
Gain QD mot fin	6	5	1,114768	0,462342
Gain QD lang	6	5	3,501511	0,095180
Gain QD soc	6	5	0,897490	0,558571

4.3 Q-Sort

4.3.1 Difficultés liées au niveau culturel des parents

La passation du test n'a pas été possible de manière standardisée, neutre, avec chaque parent. En effet, certains ne savaient pas lire ou présentaient des limitations intellectuelles ne leur permettant pas de répondre seul. Pour ne pas prendre le risque d'obtenir des réponses aléatoires, données par peur de l'échec ou par peur de donner le sentiment de ne pas connaître son enfant, un accompagnement de l'évaluatrice s'est avéré nécessaire dans certains cas. Le test proprement dit a été passé après trois heures de présence au domicile des familles, comme décrit par Pierrehumbert lui-même (après quatre heures d'observation) (Pierrehumbert, 2011).

4.3.2 Corrélations à la norme

Pour la majorité des enfants, les notes étaient non significatives lors de la corrélation avec la norme de Pierrehumbert, c'est-à-dire qu'ils n'étaient ni significativement sécures, ni significativement insécures que ce soit au début ou à la fin de l'intervention.

Une autre technique de cotation proposée par Pierrehumbert a dès lors été utilisée, qui ne concerne que la version francophone adaptée en 79 items, et permet de mettre en évidence des réalités psychologiques sous-jacentes. Les regroupements obtenus sont les suivants : « sociable », « autonome », « indépendant-explorateur », « docile-paisible », « sécure internalisant », « sécure externalisant ». Les scores moyens à différentes échelles ont été déterminés par l'analyse factorielle.

4.3.3 Résultats

Deux enfants sont significativement sécures au temps 1 : B et J-M. Aucun n'est insécure significativement.

Lors du post-test, deux enfants sont significativement sécures, mais il ne s'agit pas des deux mêmes : il y a toujours B mais le deuxième est No. Un enfant devient significativement insécure durant l'intervention : Br. Cependant, l'intervention n'est pas terminée pour elle. Aucun enfant ne termine l'intervention insécurisé significativement. La relation dans la dyade n'est cependant pas optimale en général, puisque peu d'enfants sont significativement sécures au début de l'intervention.

Au niveau des échelles, certains enfants sont significativement perçus différemment par leur parent. Les échelles en lien avec la sociabilité et l'autonomie sont celles qui se modifient significativement durant l'intervention.

B est perçu par sa maman comme significativement plus facile et sociable. S est significativement plus facile et autonome à la fin de l'intervention et peut faire appel à sa maman pour se rassurer. So est perçu comme étant significativement moins sociable au temps 2. De même, No est perçu par sa maman comme étant significativement moins sociable.

A est perçu comme un enfant significativement plus indépendant, prêt à explorer son environnement avec moins de craintes. Br, elle, explore significativement moins et se sent moins indépendante qu'au temps 1. Si, comme nous le verrons ci-dessous, ses capacités d'autonomie se développent un peu suite à une réorganisation des attentes des parents de Br, son sentiment d'être indépendante diminue.

4.3.4 Discussion

Le classement des cartes au pré-test s'avère difficile pour la plupart des parents. En effet, ils n'ont pas l'habitude d'observer certaines attitudes de leur enfant, importantes pour les intervenants.

Si ETAPE est attentif à l'adéquation de la dyade parent-enfant, les intervenantes ne sont pas spécifiquement outillées pour intervenir sur le lien. Dans ces cas, heureusement rares, la collaboration avec une équipe SOS Enfants est nécessaire pour un diagnostic et une prise en charge psychologique éventuelle.

De manière plus qualitative, en observant les tendances issues des notes, plutôt en lecture horizontale, par item et non par enfant, nous remarquons certaines choses.

La crèche semble avoir un impact positif pour favoriser la capacité qu'a un enfant à partager des objets.

L'item « l'enfant est gai et enjoué la plupart du temps » suscite des réponses désirables chez les parents. Lors de l'évaluation de fin, les scores sont bons, comme attendus pour des enfants sécurisés. Peut-être est-ce le signe d'une confiance plus grande permettant d'être plus nuancé et authentique dans le regard porté à l'enfant, ou le signe d'une observation plus précise qui permet de voir autre chose chez l'enfant que cette apparente gaieté.

L'intervention n'aiderait pas à mieux percevoir quel comportement de l'enfant se rapporte plus à un caprice ou à un réel besoin. Les attributions causales, si elles sont perçues comme étant internes et stables à l'enfant, persistent ou empirent avec le temps et la phase d'opposition chez l'enfant, du moins dans notre échantillon. Les gestes de l'enfant semblent rapidement perçus par les parents comme une agression à leur égard. Les pleurs de l'enfant suscitent des questions, entraînant une ouverture à la réflexion.

Les parents gardent des difficultés à favoriser ou renforcer les contacts de l'enfant avec l'extérieur. Lorsque cela arrive, leur regard ne semble pas attentif aux réactions de l'enfant qui découvre des étrangers. De même, ils ne savent globalement pas répondre à la question qui concerne les peurs de l'enfant.

Les items liés à l'éducation semblent plus difficile à aborder et à nuancer. L'idée qu'un « bon enfant » doit obéir rapidement à l'ordre du parent reste très présente dans les attentes parentales. Il est intéressant de remarquer cependant que la capacité à dire « non » à l'enfant et à se sentir écouté en tant que parent dans certains moments se développe pour la moitié des parents ; ils répondent volontiers et fièrement lors du post-test avec une confiance en eux différente.

Avec l'item « l'enfant est toujours en train de bouger, c'est rare qu'il fasse des jeux calmes ou se repose », les parents semblent découvrir un enfant qui bouge, découvre, joue, surtout en fin d'intervention. Des enfants énergiques et plus éveillés ne sont pas simple à gérer pour eux, mais rassure les intervenants professionnels sur le développement de l'enfant. Huit enfants sur les douze de notre échantillon demandent moins d'aide, de présence à leur côté à leur parent.

Si les contacts avec les personnes extérieures semblent limités, les enfants de notre échantillon semblent en général être assez libres à la maison. Au début, la surveillance n'est cependant pas toujours adéquate. Au départ, les enfants sont majoritairement perçus comme intrépides et

courageux ; au fil du temps, ils deviennent plus méfiants, attentifs aux dangers, peut-être grâce aux limites travaillées pendant l'intervention.

Les parents sont très interpellés par l'item « l'enfant rit lorsque son parent le taquine pour jouer ». Cette compétence est pour eux un indicateur de qualité de la relation avec eux et le fait d'être un « bon parent ». De même, ces parents ont tous une vision d'un enfant qui va bien s'il aime chanter et danser avec de la musique.

Par contre, l'impact de leur attitude sur le comportement de l'enfant reste difficile à percevoir. L'item « si l'enfant est craintif à l'égard d'un objet et que sa maman le rassure, il ose s'en approcher » pose problème. Au temps 1, la majorité des familles ne sait pas répondre, et au temps 2 elles ne sont pas convaincues de l'efficacité d'une technique de réassurance. Elles ne trouvent pas les mots pour aborder cela avec leur enfant.

L'item concernant la colère des enfants exprimée au travers du jeu suscite des questions chez ces parents pour lesquels les émotions sont peu abordables spontanément.

Les réponses mitigées à l'item « l'enfant calque certaines attitudes ou façons de faire les choses sur la conduite de sa mère » interpellent ; en effet, l'imitation est la base des apprentissages. Cela devrait peut-être faire l'objet d'une observation, d'un soutien plus précis ?

4.4 MASPIN

De nombreuses variables sont susceptibles d'intervenir dans l'interprétation des résultats. La variabilité intercotateurs est probablement importante : certaines intervenantes ont eu envie de donner de l'espoir aux familles et surévaluer les cotes ; d'autres, ou à d'autres moments, en fonction du contexte et de la sensibilité de chacune, ont été plus dures en constatant que les objectifs n'étaient pas atteints par la famille. Certaines ont approfondi leur observation de manière à obtenir des réponses aux items, alors que d'autres, cherchant la confiance, ont jugé plusieurs items « non cotables ».

De plus, la cotation de certains items est réalisée en fonction d'une échelle de Likert, laissant une certaine marge interprétative aux intervenantes. Celles-ci ont chacune une évaluation subjective de l'évolution de la famille suivie. Leurs attentes, leurs objectifs, leurs valeurs semblent influencer leur manière de coter.

Les résultats de MASPIN sont présentés dans l'analyse détaillée cas par cas, où ils permettent d'étoffer les autres résultats obtenus et de mieux comprendre l'évolution de la famille.

Si les résultats varient fortement d'une famille à une autre, la capacité des parents à contrôler leurs émotions face à des stressors extérieurs (logement, finances, etc.) de manière à protéger les moments passés avec l'enfant est presque absente chez chacun, dès le début de l'intervention et varie peu durant celle-ci.

Il semble cependant que l'impact de l'intervention puisse en partie être en lien avec la capacité des parents à reconnaître les difficultés ainsi qu'à la présence d'un réseau psycho-médico-social.

5 Résultats par enfant

Pour rendre la lecture plus facile, les enfants ont été répartis en deux groupes : ceux qui ont connu une évolution favorable ou un statu quo à un niveau de développement correct, voire élevé (7 enfants) ; ceux qui ont connu une évolution défavorable ou douteuse (5 enfants).

Dans cet échantillon de taille réduite et très hétérogène, il est très difficile d'isoler les facteurs qui conduisent à un résultat favorable ou non en termes de développement de l'enfant. Pour chaque situation, les facteurs de risque présents sont regroupés dans un tableau reprenant les catégories de l'outil « Puces à l'oreille » (Bednarek et al., 2008).

Dans chaque situation cependant, l'intervenante est parvenue à créer un lien durable avec la famille. Des progrès difficilement mesurables mais nettement perçus semblent avoir été engrangés en termes de socialisation de la famille. Ces résultats sont relatés dans les paragraphes consacrés à l'outil MASPIN pour chaque enfant.

5.1 Groupe 1 : amélioration ou statut quo à un bon niveau

5.1.1 Enfant S

5.1.1.1 Indication de la prise en charge

Logement	Finances	Santé Ψ ou physique	Psychosocial	Relations entre adultes	Réseau social
Facteurs de risque en rouge (catégories de l'outil « Puces à l'oreille » (Bednarek et al., 2008))					

« S » est un petit garçon âgé de 19 mois lors de la première évaluation. Il est le second enfant d'un couple d'origine rwandaise. Il a une sœur âgée de 4 ans au moment de cette évaluation. Madame est suivie médicalement concernant un trouble dépressif important pour lequel elle reçoit une médication. L'assistante sociale d'une unité psychiatrique mère-enfant oriente cette famille vers ETAPE étant donné les difficultés relationnelles de la dyade ainsi que le retard de développement psychomoteur observé chez le petit garçon.

5.1.1.2 Quotients de développement

Légende

AD-P : âge de développement au niveau de la préhension

AD-C : âge de développement au niveau de coordination

AD-L : âge de développement au niveau du langage

AD-S : âge de développement au niveau de la socialisation

AD-global : âge de développement global (issu de la synthèse des scores aux dimensions précédentes)

QD-P : quotient de développement au niveau de la préhension

QD-C : quotient de développement au niveau de la coordination

QD-L : quotient de développement au niveau du langage

QD-S : quotient de développement au niveau de la socialisation

QD global: quotient de développement global

S	BL-R
---	------

	AD-P	AD-C	AD -L	AS-S	AD global	QD-P	QD-C	QD-L	QD-S	QD-global
pré test (19m)	18,15	13,18	13	15,15	14,24	93,12	68,46	65,44	78,02	74,50
post test (29m)	24	22,2	20	24	22	82,76	78,2	68,97	82,76	75,86

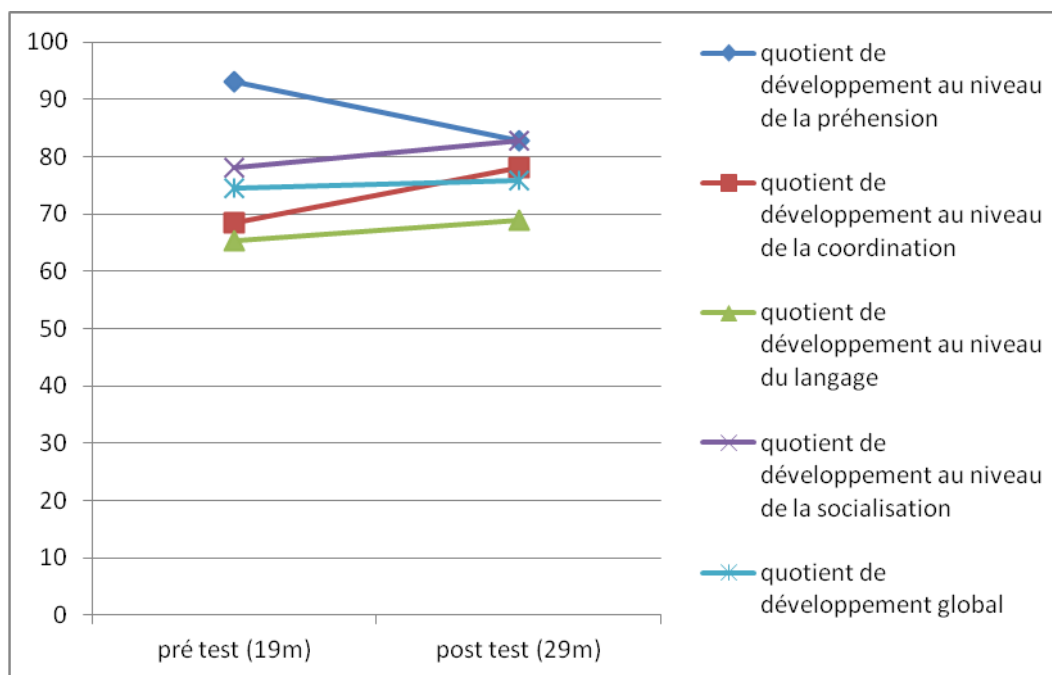


Figure 6 : Enfant S. Evolution des quotients de développement

Globalement, au pré- et au post-test, S présente une faiblesse au niveau de son développement par rapport aux enfants de son âge. Malgré cela, il s'améliore au niveau de la motricité fine et au niveau de la socialisation. Une légère augmentation est présente au niveau du langage. La seule diminution se situe au niveau de la motricité globale. Si au temps 1, des retards significatifs au niveau de la motricité fine et du langage. Lors du post-test il ne reste qu'un retard significatif au niveau du langage.

La motricité globale de S semble avoir évolué dans une relation où la maman anticipait tous les risques de chutes et donc empêchait les mouvements d'exploration de son fils. Acceptant mieux les risques et les chutes, il a pu évoluer rapidement et obtenir un résultat dans la norme au pré-test. Cette anticipation des risques demandait à cette maman fragile une énergie énorme qu'elle ne pouvait plus mettre ailleurs, à d'autres jeux par exemple.

Les objectifs fixés en début d'intervention ont concerné la structuration des journées. En effet, cette maman vivait de manière chaotique. Sa relation avec son fils semblait consister essentiellement à le protéger des risques de chutes ou d'accidents. Grâce à ETAPE, un cadre a été fixé qui a permis à S d'anticiper les séances. Maman et S étaient prêts et attendaient l'intervenante sur le tapis. Des jeux de psychomotricité fine et d'échange ont pu avoir lieu, ce qui permettrait d'expliquer l'évolution à ce niveau. Pendant ces moments, les principes éducatifs ont été abordés, de même que la nécessité pour un enfant d'expérimenter de petites chutes. Cela a été observé lors de jeux dans l'herbe. Il est possible que cela ait aidé la maman à relativiser les chutes, mais a en même temps un peu fait peur à

S qui a alors développé des stratégies de recherche de réconfort, peu présentes avant ces expériences.

La musique étant un plaisir pour S et sa maman, des comptines ont été utilisées régulièrement durant les séances. Les livres ont été laissés à la maman qui les a utilisés en dehors de la présence de l'intervenante. Cela a permis de soutenir le développement de S au niveau de sa motricité fine (bouger les doigts durant les chansons) mais également de stimuler son langage aussi bien expressif que compréhensif (rythme-mots-plaisir partagé...).

L'ouverture vers l'extérieur et la gestion des dangers auxquels S pourraient être confronté ayant été réfléchi avec la maman, la socialisation de S a pu évoluer.

S était déjà grand au pré-test et une relation était déjà bien ancrée avec sa maman. Cependant, ETAPE semble avoir soutenu le développement de l'enfant et la qualité de la relation parent-enfant, même si les retards restent présents.

5.1.1.3 MASPIN

5.1.1.3.1 Évolution positive

Au niveau éducatif, en fin d'intervention **les réactions de la maman face aux comportements de S** sont plus claires et fréquemment stables dans le domaine **des limites cohérentes** à poser à l'enfant, dont elle a compris l'importance via le soutien constant de l'intervenante à ce niveau. Concrètement, le parent parvient durant à peu près la moitié des séances à rester cohérent à la fin de l'intervention.

Au niveau relationnel, bien que des zones d'ombre subsistent concernant les compétences de cette maman, de petites améliorations ont pu être observées par l'intervenante.

Au début de l'intervention, se sentant épuisée ou mal dans sa peau, cette maman pouvait être très souvent brusque et peu chaleureuse lors des interactions. Elle était perçue comme régulièrement indifférente et rarement capable d'exprimer ses émotions. En fin d'intervention, elle est un peu plus adéquate, un peu **plus capable d'exprimer ce qu'elle ressent et parvient à communiquer clairement** avec S. L'intervenante observe plus souvent son **plaisir d'être avec son enfant** sans qu'elle ait besoin de questionner à propos de celui-ci. Elle ne passe que rarement d'un sentiment d'amour à un sentiment opposé.

La perception de son enfant comme un être unique, le fait de savoir être **flexible** lorsque l'enfant n'atteint pas les compétences que le parent attend ainsi que le fait **d'encourager et de valoriser S** ont augmenté. Sans l'imposer à la maman, mais en le faisant régulièrement devant elle, il semble que cette capacité ait pu se transmettre.

Le respect des besoins de base est assuré à la fin de l'intervention : vêtements plus adaptés, meilleure hygiène, attention portée à éviter des maltraitements extérieures (violences de la part d'autres membres de la famille, d'autres enfants, etc.) et sécurité des lieux.

Une petite amélioration est présente dans **la confiance que la maman peut s'octroyer** dans ce rôle.

5.1.1.3.2 Statu quo

Au niveau des compétences parentales, l'intervention ne semble pas avoir eu de réels impacts concernant la **connaissance et les attentes** du parent vis-à-vis de son enfant. Décrire son enfant et connaître les besoins liés à son âge reste très difficile pour cette maman.

5.1.1.3.3 Évolution négative

Au départ, **l'expression des émotions de l'enfant par la maman** était faible, mais à la fin cela n'était plus le cas que rarement. Elle ne semble pas avoir su apprendre à répondre adéquatement aux besoins et aux réactions émotionnelles de S de manière stable. Ses difficultés psychologiques semblent l'emporter sur ce qu'ETAPE peut apporter à ce niveau.

La négociation durant les conflits reste pauvre et peu de mots sont mis sur ce qui se passe, aussi bien au pré-test qu'au post-test. Il reste difficile pour cette maman fragile de comprendre l'impact de son comportement sur S. Plus S grandit, et mieux elle comprend l'importance des limites discutées avec l'intervenante, plus il lui est difficile d'utiliser d'autres méthodes que les **punitions physiques** (frapper la main ou les fesses) alors que cela arrivait très rarement au début.

La structuration des journées est moins en fonction des besoins de S que de ceux de sa maman en fin d'intervention. Sa manière d'interpréter les comportements de l'enfant interroge, notamment durant les moments de soin durant lesquels nous doutons de **sa capacité à rester patiente et chaleureuse**.

5.1.1.3.4 Commentaires

De la situation d'un enfant roi, S doit à la fin de l'intervention s'adapter plus aux limites et balises posées par sa maman. La manière dont cette maman perçoit son fils, ses attentes son rôle auprès d'elle continue d'inquiéter l'intervenante.

Le contrôle des impulsions et des émotions a été difficile à évaluer tant l'humeur et l'énergie de cette maman ont pu être instables. Sa capacité à gérer les frustrations et à accepter que S ne puisse pas toujours être calme et silencieux questionne. Elle arrive rarement à gérer les pleurs de son fils, mais lorsqu'elle y parvient, c'est sans perdre patience, sans menace et sans cri. Il reste difficile pour cette maman de protéger son enfant d'un événement stressant pour elle.

5.1.1.4 Q-Sort

	Q-Sort
Pré-test (19m)	NS
Post-test (29m)	NS

S est un enfant qui n'est ni significativement sécure ni significativement insécure, aussi bien au pré-test que lors du post-test. Cependant, en fonction de certains items, il semble qu'il soit légèrement moins insécurisé en fin d'intervention. En fonction des échelles, S est significativement plus facile et autonome à la fin de l'intervention et peut faire appel à sa maman pour se rassurer.

Si les moments de sieste restent des moments difficiles, au-delà de ces moments, S est un petit garçon qui a appris à se séparer facilement de sa maman lors de moments non stressants et sait

s'occuper après une séparation bien vécue. Il perçoit que sa stratégie actuelle pour se rassurer face à un objet ou une situation qui l'effraie est d'aller vers elle et que cela fonctionne. En dehors de ces moments, il n'est pas plus dans la recherche de partage ni de recherche active de lien avec l'adulte.

5.1.1.5 Citation de l'intervenante

« Au début de ma prise en charge, S a déjà 22 mois. Il me donne l'impression d'être un petit enfant roi: quand il crie, sa maman arrête ce qu'elle fait, quand la maman lui demande quelque chose il fait comme si de rien n'était et rien ne se passe, elle le rattrape avant qu'il ne tombe. De son côté, S me donne l'impression d'envahir physiquement sa maman, il l'escalade, la colle, il pleure lorsqu'elle sort de la pièce. Rapidement, une nouvelle dynamique familiale s'est installée! En effet, assez vite j'ai proposé à la maison de chanter en utilisant des comptines, car tous les deux aimaient beaucoup ça et pouvaient le répéter en dehors de mes visites à domicile. Nous avons été dehors également. J'invite aussi la maman à mettre des limites plus claire envers S. »

5.1.1.6 Commentaires

S est un petit garçon qui malgré des retards dans chaque domaine du Brunet Lézine a évolué au long de l'intervention en fonction des objectifs fixés : moments de jeux qui ont une réelle place dans sa vie, moins d'attention sur les risques liés à sa motricité globale, ce qui permet le développement de la motricité fine, du langage et de la socialisation.

S n'est ni sécurisée ni insécurisée mais en fonction de certains items, semble se diriger plutôt à la fin de l'intervention vers une sécurité interne plus grande. En effet, il apprend à aller chercher chez l'adulte une réassurance lorsque cela est nécessaire. Lorsque cela ne l'est pas, il sait s'éloigner facilement et adéquatement de sa maman pour jouer.

Si les interactions sont présentes, plus chaleureuses et joyeuses aussi bien du côté de S que du côté de sa maman, la fragilité de madame ne lui a pas permis d'augmenter réellement ses compétences. Elle a appris la nécessité de mettre des limites, mais garde des difficultés à communiquer de manière adéquate avec son fils aussi bien dans la communication verbale que non verbale, ainsi qu'au niveau émotionnel. Ses attentes affectives vis-à-vis de S restent floues.

5.1.2 Enfant N

5.1.2.1 Indication de la prise en charge

Logement	Finances	Santé Ψ ou physique	Psychosocial	Relations entre adultes	Réseau social
Facteurs de risque en rouge (catégories de l'outil « Pucés à l'oreille »)(Bednarek et al., 2008)					

« N » est un petit garçon âgé de 4 mois lors de la première évaluation. Sa maman d'origine africaine vit seule avec ses deux enfants. N est le cadet. Son frère est âgé de 1 an et demi. La travailleuse médico-sociale de l'ONE s'inquiète pour cette famille pour différentes raisons. L'ainé a dû être hospitalisé durant plusieurs mois à sa naissance. Madame semble perdue face à un enfant en bonne santé et se questionne sur le développement et les besoins de celui-ci. De plus, elle est instable au niveau du logement, n'a pas de réseau social ni d'activité, souffre de difficultés d'intégration liées à une situation d'immigration et a un vécu hautement traumatique dans son pays d'origine (viol, etc.).

5.1.2.2 Quotients de développement

N	BL-R									
	AD-P	AD-C	AD -L	AS-S	AD global	QD-P	QD-C	QD-L	QD-S	QD-global
pré test (4m)	2	3,14	2	2	2,15	41,38	71,72	41,38	41,38	51,72
Milieu (15m)	15,15	13,18	13	14	13,27	83,33	73,12	69,89	75,27	74,73
post test (28m)	27	30	26	24	27	93,2	125	89,7	82,8	93,2

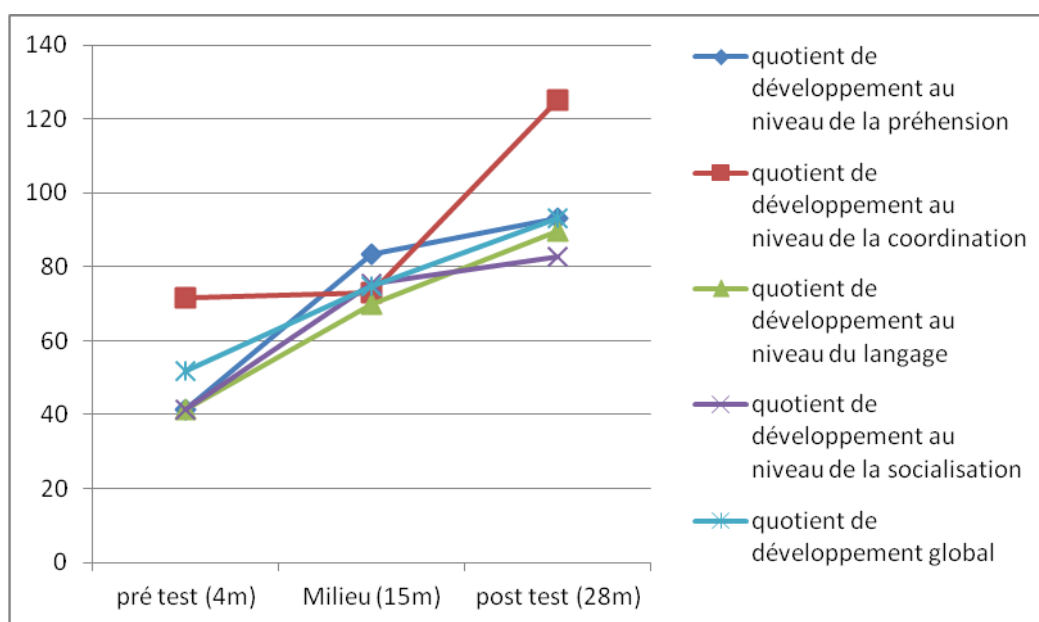


Figure 7 : Enfant N. Evolution des quotients de développement

N a beaucoup évolué durant l'intervention ETAPE, basée dans un premier temps sur le lien mère-enfant et dans un second temps sur le développement de l'enfant en tant que tel. D'un retard de développement important à presque tous les niveaux, il présente à la fin de l'intervention un développement dans la norme des enfants de son âge, mis à part une légère faiblesse dans ses compétences sociales.

Malgré des périodes plus compliquées dans son quotidien, la maman parvient à stabiliser les interactions et ses compétences. Les événements stressants ont eu un impact sur la perception que la maman a d'elle-même, de même que sur la qualité des interactions. Elle était perdue au début de l'intervention mais après environ 8 mois, elle sait parler de N et parvient à beaucoup mieux lui offrir les stimulations adéquates et à l'aider dans sa socialisation. Tout cela se fait avec du plaisir dans la relation avec son enfant. Au niveau éducationnel, la maman reste parfois incohérente, mais a appris à mettre des mots plus souvent qu'auparavant sur ce qui se passe durant les moments de conflits, même si parfois la fessée reste sa solution. La maman apprend elle-même à gérer ses émotions, soutenue par le regard et les mots de l'intervenante. Elle sait mieux gérer ses journées et ne perçoit plus son enfant comme une entrave à ses projets et à sa liberté. Elle a pris confiance dans son rôle de maman

5.1.2.3 *MASPIN*

5.1.2.3.1 Évolution positive

Au niveau des compétences éducationnelles, la maman de N a appris à **stimuler plus adéquatement** son fils à la fin de l'intervention, mais elle n'en prend pas toujours régulièrement le temps de le faire ; en effet, sa disponibilité est réduite avec deux et bientôt trois enfants. Cette capacité a été un des objectifs principaux d'ETAPE. Elle **encourage l'autonomie** de N.

Elle semble avoir acquis **des bases concernant des limites cohérentes** même si les mettre en pratique n'est pas toujours simple. **Les explications deviennent un peu plus adaptées à l'âge de l'enfant** avec le soutien continu de l'intervenante.

L'interprétation des signaux émis par N est un peu meilleure qu'au début.

Si au début de l'intervention, il n'était pas clair que le parent sache **structurer les journées en fonction des besoins de l'enfant** et de son rythme, à la fin cela devient le cas de manière stable. En effet, elle perçoit moins N comme une entrave à sa liberté et elle sait mieux organiser ses journées.

Au niveau des compétences parentales, apprendre à **connaître son enfant et ses besoins** était un objectif central. Après environ 8 mois d'intervention, la maman sait parler de N et parvient à beaucoup mieux lui offrir **les stimulations adéquates et à l'aider dans sa socialisation**. Elle sait se montrer plus **flexible** lorsque N ne parvient pas à atteindre la compétence qu'elle attend de lui.

Les **besoins de base** de N sont assurés au niveau des vêtements et de l'hygiène à la fin de l'intervention : il est habillé en fonction de la température et est propre sur lui, sent bon, etc. Malgré ses difficultés émotionnelles, elle parvient à mieux **gérer les frustrations face aux comportements de N** au fil de l'intervention et stabiliser sa **confiance en elle**.

5.1.2.3.2 Évolution négative

La capacité à protéger son enfant de tous types de maltraitance extérieure est une compétence qui a été fortement influencée par le contexte (problème financier, psychologique, grossesse). Lors de stress, sa capacité protectrice semblait diminuer.

5.1.2.3.3 Statu quo

Rester calme durant les moments de soins semble très difficile pour la maman de N ; à la fin de l'intervention, ces moments peuvent parfois redevenir agréables après en avoir parlé avec l'intervenante. Ses réactions ne sont pas toujours stables.

Cependant, lors de conflits parent-enfant, dans les cas où les explications ne fonctionnent pas, la **punition physique**, la fessée reste parfois l'option choisie. Il reste difficile pour cette maman de **se rendre compte de l'impact de son comportement** sur les réactions de N.

Le contexte de vie influence grandement le contrôle qu'elle a de ses émotions et impulsions. En effet, si elle parvient à ne pas répondre aux émotions négatives de l'enfant par une émotion d'intensité supérieure à celle de ce dernier (colère), elle ne parvient que parfois à **gérer les pleurs de N sans cris**. De même, elle n'arrive encore qu'occasionnellement à **protéger son enfant de ses émotions négatives engendrées par le stress du quotidien**.

5.1.2.3.4 Commentaires

Le parcours de cette maman est loin d'être simple. Si au pré-test l'intervenante se pose beaucoup de questions concernant le vécu de cette maman et ses compétences, à l'évaluation intermédiaire, une relation de confiance avec l'intervenante a pu commencer à se créer. La communication est plus authentique et l'intervenante comprend mieux le parcours de cette mère. Au post-test, des observations interpellent alors qu'elles étaient plus rassurantes auparavant : sa disponibilité pour son enfant semble diminuer alors qu'elle ne parvient pas à trouver une voie professionnelle qui lui convienne, et qu'elle tombe enceinte d'un 3^{ème} enfant. Cependant, malgré ces périodes plus compliquées, la maman parvient au fur et à mesure à stabiliser ses compétences et la qualité des interactions avec son fils. Le contexte de vie instable au niveau familial et professionnel continue d'avoir un impact important sur la perception que la maman a d'elle-même. Elle se rend mieux compte que ses enfants ont besoin d'autonomie.

Les contacts physiques entre N et sa maman restent dépendants des demandes des autres enfants. Il existe donc à ce niveau une instabilité qui peut expliquer une insécurité grandissante chez N vis-à-vis de la disponibilité de sa maman pour lui de manière stable.

Il semble qu'à la fin de l'intervention, la maman de N essaie d'être moins influencée par le contexte et ainsi peut exprimer le plus souvent son plaisir d'être avec N. Malgré tout, elle attend toujours fréquemment que N comble ses manques affectifs. Plus N grandit, plus il se différencie, plus il semble difficile pour cette maman d'exprimer ce qu'elle ressent et notamment des mouvements ambivalents à son égard lorsque N a des comportements d'opposition. Avec le soutien de l'intervenante, la maman apprend à gérer ses émotions normalement ambivalentes.

5.1.2.4 Q-Sort

	Q-Sort
pré test (4m)	NS
Milieu (15m)	
post test (28m)	NS

N est un petit garçon qui n'est ni significativement sécure ni significativement insécure, aussi bien au pré-test que lors du post-test. Cependant, les modifications de perceptions de la maman vis-à-vis de son fils semblent le décrire comme un petit garçon moins sécurisé qu'au début de l'intervention.

5.1.2.5 Citation de l'intervenante

« La maman de N était dans un état de tension incroyable lors des échanges avec son fils au début de l'intervention ; on aurait dit qu'il s'agissait toujours de voir ce qu'il est capable de faire et que lorsqu'il n'arrivait pas à faire ce que la maman attendait de lui, c'était un échec et une preuve qu'elle n'était pas une bonne mère. Elle secouait les objets violemment devant ses yeux pour que N me montre comment il savait les attraper et jouer avec. Un malaise s'installait. Cela a pu être discuté et recadré. Un jeu avec une plume a été utilisé et la douceur a pu faire son apparition. A la fin de l'intervention, c'est une maman plus douce même si très stressée par ses trois enfants, qui joue avec N et peut s'émerveiller de son évolution. »

5.1.2.6 Commentaires

L'évolution de N au cours de l'intervention est belle. En effet, ses résultats au temps 1 n'étaient vraiment pas bon, montrant de gros retard à tous les niveaux, un peu moins prononcé en coordination et en motricité fine. Après environ un an d'intervention, une évolution est présente à chaque niveau même s'il garde un retard global de développement. Son développement est dans la norme des enfants de son âge, mis à part une légère faiblesse au niveau de la socialisation.

Au-delà de l'apport de jeux à chaque séance, c'est surtout la relation qui a été travaillée durant cette intervention. En effet, cette maman vivait ETAPE comme une évaluation d'elle et de l'évolution psychomotrice de son enfant à chaque fois. Ainsi, elle le stimulait à outrance et violemment durant les visites à domicile. Aucun plaisir n'avait sa place. N était un enfant effrayé lorsqu'il voyait le jeu arriver. Le soutien de la maman dans la confiance en elle et la place laissée au plaisir semble avoir permis à N d'évoluer réellement et de rattraper ses retards. La motricité fine a d'ailleurs explosé puisqu'il est à ce niveau au dessus de la norme. Il prend désormais plaisir à explorer et découvrir ; sa maman prend plaisir à le voir et à l'accompagner si nécessaire.

Au niveau de la socialisation, nous posons l'hypothèse que pour avoir de bons contacts avec les autres, N a du développer d'abord une relation sécurisante avec sa première figure d'attachement, ce qui a pris du temps et pour laquelle certains aspects restent à travailler.

Cependant, la maman a pu donner assez de confiance à son enfant par un regard positif posé sur ses réussites et ses attitudes, bien loin du regard effrayé qu'elle posait sur lui lorsqu'elle pensait qu'il n'arrivait pas à convaincre l'intervenante qu'il se développait bien et qu'elle était une bonne maman. Ainsi, il a pu avoir assez de confiance pour explorer et être fier de ses acquisitions, lui donnant à nouveau envie d'explorer.

5.1.3 Enfant A

5.1.3.1 Indication de la prise en charge

Logement	Finances	Santé Ψ ou physique	Psychosocial	Relations entre adultes	Réseau social
Facteurs de risque en rouge (catégories de l'outil « Puces à l'oreille »)(Bednarek et al., 2008)					

« A » est un petit garçon âgé de 3 mois lors de la première évaluation. Il est le 4^e enfant d'un jeune couple dont les trois aînés sont placés en famille élargie depuis des mois suite à la décision du service de l'aide à la jeunesse. Un frère d'A avait précédemment bénéficié d'un soutien d'ETAPE ; l'intervenante elle-même a proposé une prise en charge pour ce dernier enfant car les facteurs de risque de négligence restaient très présents. En effet, ce couple affichait une grande immaturité accompagnée de principes éducatifs inadaptés et d'une ignorance des soins à donner aux enfants. Les éléments d'anamnèse que nous connaissons sont les suivants : les parents ont été peu scolarisés et Monsieur commet des délits qui le mènent en prison. Madame est victime de violence conjugale. Elle a été victime d'abus sexuels durant son enfance.

5.1.3.2 Quotients de développement

A	BL-R
---	------

	AD-P	AD-C	AD -L	AS-S	AD global	QD-P	QD-C	QD-L	QD-S	QD-global
pré test (3m)	2,20	3,21	1,15	3	3	69,56	96,52	39,13	78,26	78,26
post test (17m)	15,15	12,24	12	14	13,09	88,07	72,73	68,18	79,55	75,57

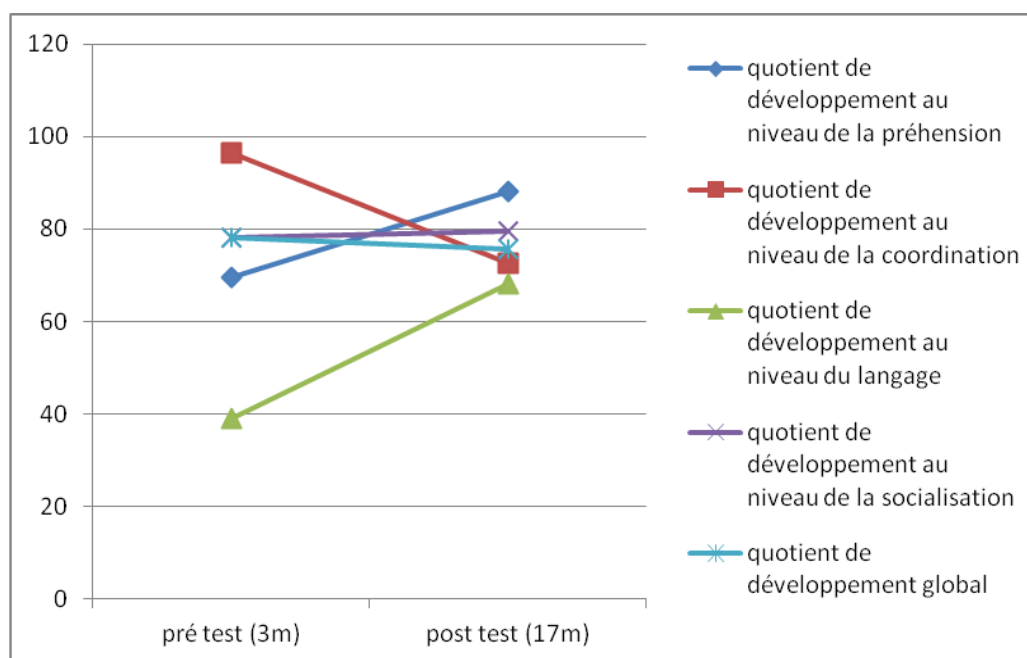


Figure 8 : Enfant A. Evolution des quotients de développement

Au temps 1, mis à part au niveau de la motricité fine et de niveau de la sociabilité qui est faible, les autres domaines affichent de grands retards, surtout le langage. A était fréquemment dans un siège bébé, pouvant regarder autour de lui. Il avait des jouets, ce qui lui a sans doute permis de stimuler sa motricité fine. La maman pouvait parfois jouer avec lui sur un tapis. Cependant, le laisser développer sa motricité globale demandait une présence à ses côtés et une disponibilité qu'elle n'avait pas. Il était plus simple de le laisser assis dans sa chaise pour qu'elle puisse passer d'une pièce à l'autre sans se tracasser, téléphoner, sortir, laissant A à sa grand-mère, elle-même carencée et pleine de rancœur vis-à-vis du papa de A.

L'autonomie n'avait pas beaucoup de place. A sortait-il de la maison souvent ? Le retard au niveau du langage était inquiétant : en lien avec les carences de sa maman, il ressemblait plus à une poupée silencieuse qu'à un enfant. Peu de sourire, de rire, de cris, etc. La méconnaissance de la maman des besoins d'un enfant font craindre une relation silencieuse où la maman attend de son bébé une réparation, de l'affection pour être rassurée avant de pouvoir elle-même lui parler, le rassurer.

La découverte de son corps, des mouvements a pu être au centre de certaines rencontres avec la maman et A. Un exercice de découverte de son propre corps a même été mis en place avec la maman seule par l'intervenante de manière à la sensibiliser à l'importance du vécu corporel de son enfant. Ce soutien concret au niveau psychomoteur global a pu être réalisé par ETAPE et la motricité globale de A est dans la norme des enfants de son âge au temps 2.

Le soutien de la maman par la maison maternelle puis le placement en pouponnière ont pu aider le langage à se développer grâce à une ouverture vers l'extérieur. Cependant, le retard reste bien présent. L'instabilité au niveau des repères a peut-être entraîné une insécurité chez cet enfant. Celle-ci empêche d'explorer et de profiter comme il se devrait des apprentissages. Il est donc difficile à ce stade de savoir quel a été l'impact de l'intervention. Seul ce niveau est en retard significatif chez lui lors du post test.

5.1.3.3 MASPIN

5.1.3.3.1 Évolution positive

Elle peut parfois **favoriser plus les démarches de A vers l'autonomie**, même si cela ne dure que peu.

Au niveau de la surveillance de son enfant, elle a toujours été présente pour éviter qu'il se blesse dans son lieu de vie. Les **vêtements** n'étaient pas adaptés en début d'intervention ; cela a pu être discuté et depuis lors ils le sont le plus souvent et l'**hygiène** de A est bonne. À des niveaux concrets et visibles, elle a pu évoluer avec le soutien d'ETAPE.

Si la confiance qu'elle avait en elle en tant que maman était vacillante au début, notamment à cause des messages paradoxaux et disqualifiant émis par sa propre mère à son égard, tout au long de son parcours, malgré les placements (maison maternelle, pouponnière), elle a su se créer **une image d'elle en tant que maman, non plus à temps plein mais à temps partiel** via le soutien continu et l'engagement des intervenantes d'ETAPE quelque soit les changements de domicile ou endroits d'hébergement de A (maison maternelle, pouponnière).

5.1.3.3.2 Évolution négative

Plus A grandit, plus il est difficile pour sa maman de **comprendre et interpréter les besoins de son enfant**. Ses attentes ne sont pas souvent adéquates et ses sentiments vis-à-vis de son fils en deviennent instables.

5.1.3.3.3 Statu quo

Les interactions entre elle et son enfant ne peuvent aller mieux étant donné les grandes carences de cette maman, de même que son immaturité limitant ses capacités réflexives.

Elle reste méfiante vis-à-vis de l'extérieur. Face à des soucis, elle ne peut **faire appel au réseau**, aux professionnels, malgré les sollicitations de l'intervenante.

5.1.3.3.4 Commentaires

Cette intervention a été particulière étant donné la grande fragilité de cette jeune mère. Étant donné les violences et les abus vécus lorsqu'elle était jeune et pour lesquels elle n'a pas reçu de soutien, elle n'a pas pu investir son bébé et développer une préoccupation maternelle primaire qui consiste à s'adapter aux besoins de son enfant (Winnicott). Elle projette ses émotions et ses propres besoins sur son enfant. Le travail d'ETAPE a été de l'aider à se différencier de son enfant. Le placement en pouponnière permet à la maman de profiter d'un moment avec son fils en dehors de son quotidien, d'être avec lui sans s'énerver et de découvrir son enfant différent d'elle à chaque fois. Quelques mois après le placement, l'intervention s'est clôturée. L'intervenante sentait que la pouponnière allait prendre le relais pour les visites et la maman se sentait mieux dans ce contexte de vie où elle ne devait plus assumer sa maternité à temps plein. Ce qui a été important, semble-t-il, est de voir qu'il est possible de se séparer de manière rassurante quand on se fait confiance.

Cette maman sait mieux écouter l'intervenante en milieu d'intervention ; cependant si c'est vrai sur le moment, ensuite la violence et le chaos présent dans sa vie la rattrapent et ses propres besoins d'adolescente sont prioritaires sur les besoins de son enfant.

Cependant, au niveau du bien être psychique de son enfant c'est resté très difficile. En effet, A a assisté à des scènes de violences conjugales, des changements de compagnons et de domicile fréquents, sans que la maman puisse réellement prendre conscience de ce que ces événements et ses propres émotions impliquaient pour son petit garçon. Cette maman n'a eu personne pour la protéger étant enfant, elle n'a pas appris à se protéger elle-même et ne parvient pas à le faire pour son fils.

Elle ne parvient pas à s'engager dans un travail thérapeutique pour elle.

5.1.3.4 Q-Sort

	Q-Sort
Pré-test (3m)	NS
Post-test (17m)	NS

A n'est ni significativement sécuritaire ni significativement insécuritaire au début et à la fin de l'intervention. Il tend cependant plus vers une sécurité intérieure à la fin de l'intervention. A la fin de l'intervention, la maman semble mieux observer son fils durant les visites à la pouponnière. Elle peut en parler en donnant des exemples concrets et le percevoir comme un enfant à part entière, loin de l'image fusionnelle et dépendante d'elle qu'elle s'était construite. A est perçu comme un enfant significativement plus indépendant, prêt à explorer son environnement avec moins de craintes.

5.1.3.5 Citation de l'intervenante

« Au début de l'intervention, le massage a été un super outil d'interaction car la maman de A adorait faire en sorte que son bébé sente bon, soit propre, etc. Ces moments permettaient une relation adaptée et particulière entre eux deux. Lorsque nous avons laissé les massages pour les jeux d'éveil la maman a pris distance en arrivant en retard, allant fumer, etc. Elle me semblait fragile. Mon hypothèse était qu'elle était tellement peu attentive à son ressenti corporel, à ses émotions qu'elle était incapable d'imaginer celles de son fils. La relation ne se passait plus bien, la maman attribuait ses émotions, son vécu aux signaux émis par son enfant. Je me suis questionnée : est-ce sain de vouloir à tout prix "protéger" cette famille du placement en voulant créer un lien tandis que cette mère semble incapable de mettre ses besoins de côté pour le bien-être de son enfant. Jusqu'où aller ? L'accompagnement au début du placement a permis à chacun de trouver une place et une meilleure stabilité. »

5.1.3.6 Commentaires

Un trouble du lien assez important entre A et sa maman va empêcher les évolutions. Nous pouvons poser l'hypothèse que via ETAPE un minimum de rythme a pu se maintenir et A a pu pendant une heure bénéficier d'un moment où il est au centre de l'interaction en tant qu'être différencié de sa maman. Sa motricité globale a pu être stimulée : il était souvent assis et semblait peu bouger au début de l'intervention. Le trouble étant trop important, les contacts inadéquats, le Service de l'Aide

à la Jeunesse à fortement indiqué pour la maman un hébergement en maison maternelle et A a été placé en pouponnière. ETAPE a pu donner un sens à ce qui se passait au niveau de la parentalité, être un fil rouge pour la maman. À la fin de l'intervention, la maman a plus confiance en elle en tant que maman à temps partiel. Elle peut en parler en donnant des exemples concrets et le percevoir comme un enfant à part entière, loin de l'image fusionnelle et dépendante d'elle qu'elle s'était construite le concernant. A est perçu comme un enfant significativement plus indépendant, prêt à explorer son environnement avec moins de craintes.

5.1.4 Enfant No

5.1.4.1 Indication de la prise en charge

Logement	Finances	Santé Ψ ou physique	Psychosocial	Relations entre adultes	Réseau social
Facteurs de risque en rouge (catégories de l'outil « Puces à l'oreille »(Bednarek et al., 2008)					

« No » est un petit garçon âgé de 9 mois lors de la première évaluation. La maison médicale s'inquiète pour la maman de No qui y est bien connue. La famille de No est instable au niveau domiciliaire, elle doit faire face à un surendettement mais surtout au stress lié à celui-ci. La maman est fragile psychologiquement et le papa travaille beaucoup. Elle a une histoire difficile : vécu de maltraitance dans l'enfance, rupture et placement ensuite. Elle a un vécu traumatique de fausse couche et semble mener une vie chaotique. Le couple a été (et est peut-être encore au moment de la demande) fragile au niveau de conflits, voire de violence. Ces parents semblent avoir peu d'amis et la maman n'a aucune activité ou loisir en dehors du domicile.

5.1.4.2 Quotients de développement

No	BL-R									
	AD-P	AD-C	AD -L	AS-S	AD global	QD-P	QD-C	QD-L	QD-S	QD-global
pré test (9m)	7,2	9	9	9	8,18	80,14	94,08	94,08	94,08	89,9
post test (16m)	17	16.6	14	17	16.3	101.6	96.8	83.66	101.6	96.2

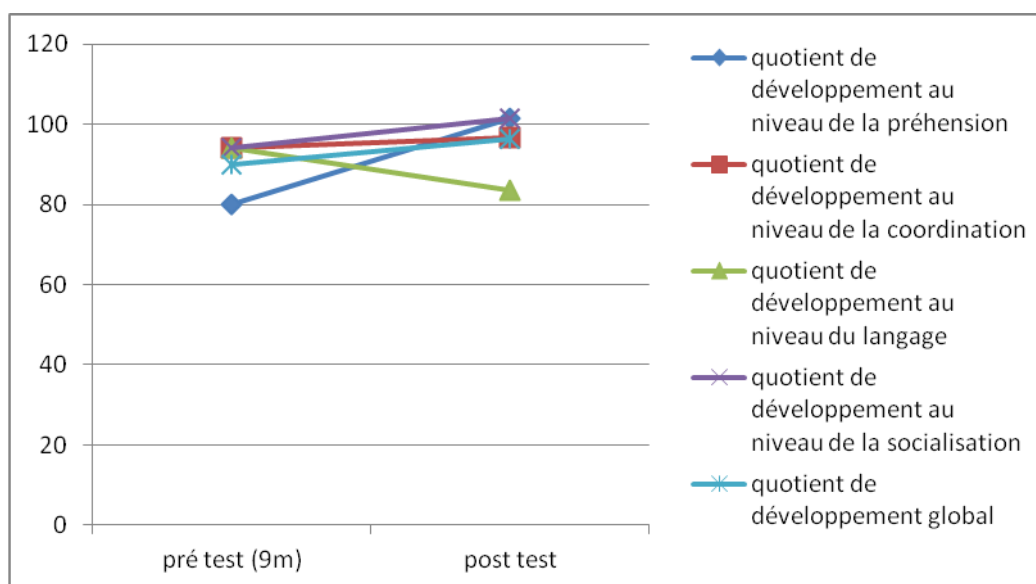


Figure 9 : Enfant No. Evolution des quotients de développement

Au temps 1, No obtient des notes dans la norme des enfants de son âge, mis à part une faiblesse au niveau de la motricité fine. Au temps 2, il a bien évolué au niveau de la motricité globale, de même, il évolue au niveau de la motricité fine et de la socialisation. Le langage ne suit pas la même évolution. Il diminue pour se retrouver légèrement sous la norme. Cependant, au niveau global, No se développe bien.

Il est intéressant de constater que grâce à l'intervention d'ETAPE au niveau psychomoteur ainsi que l'aide d'un réseau visant à l'ouverture de cette maman et son enfant vers l'extérieur, chaque secteur de développement évolue, mis à part le langage. Une crèche aurait peut-être pu venir s'ajouter au réseau pour stimuler aussi ce niveau.

5.1.4.3 MASPIN

5.1.4.3.1 Évolution positive

Madame manque de repères mais elle parle à son enfant et **n'utilise plus les punitions physiques**. Durant les moments plus stressants, elle se rend moins compte de **l'impact de son comportement sur son fils**. En en parlant avec elle, elle peut en prendre conscience. La mise de limites, en lien avec la différenciation de No d'avec sa maman n'a pas été facile, mais le soutien d'ETAPE et une nouvelle grossesse lui ont permis de se rendre compte de l'importance de lancer ce processus.

La capacité d'ouverture vers l'extérieur de cette maman a été un objectif important d'ETAPE qui a été atteint.

5.1.4.3.2 Évolution négative

Si elle se montre **protectrice concernant tous types de maltraitance** ou si elle sait procurer à son enfant **une sécurité physique**, lorsque le contexte de vie est moins envahi par le stress, elle peut y être moins souvent attentive. **Dans ces moments plus paisibles où le réseau est un peu plus en retrait, il n'est pas sur qu'elle saura y refaire appel en cas de besoin.**

5.1.4.3.3 Statu quo

Il lui était plus difficile de **répondre adéquatement aux signaux émotionnels** de No. Sous le stress, les moments passés ensemble peuvent rester des moments agréables mais elle ne parvient pas à l'exprimer verbalement à son fils.

Au **niveau éducatif**, elle peut être instable et incohérente sous l'effet d'événements stressants extérieurs. Elle y pense beaucoup et cela la rend moins disponible pour son fils. Les **limites** à fixer sont floues.

Favoriser l'autonomie de son fils reste difficile.

5.1.4.3.4 Commentaires

La maman de No a toujours su profiter des moments de soin et de plaisir avec son enfant, de même que bien favoriser les émotions de son enfant ; il n'a jamais été une entrave à sa liberté.

La fragilité psychologique de cette maman l'amène à développer une relation fusionnelle avec son enfant pour se rassurer. Elle a de nombreuses angoisses comme celle des transports en commun, etc. qui ont été beaucoup travaillées via un travail en réseau avec ETAPE, médecin généraliste et psychologue pour qu'elle puisse s'ouvrir à l'extérieur avec son fils.

Au niveau du contrôle de ses impulsions, si elle savait gérer la frustration de son enfant et la sienne, ainsi que les pleurs de son enfant sans avoir une réaction d'intensité supérieure, sans utiliser les menaces, les cris, à la fin de l'intervention, cela n'est plus aussi clair. En effet, elle comprend désormais que les pleurs peuvent être des caprices. Cela n'est plus aussi simple à calmer en ne lui donnant pas ce qu'il veut. Cependant, elle tient bon beaucoup mieux qu'au début et teste différentes solutions. La confiance qu'elle a en elle varie en fonction des événements stressants.

5.1.4.4 Q-Sort

	Q-Sort
pré test (9m)	NS
post test (16m)	0.23

No n'est ni significativement sécurisée, ni insécurisée au temps 1. Cependant, lors du post test, la relation entre sa maman et lui est significativement sécurisante. Il n'a plus besoin de sans cesse être collé à elle. Elle sait le réconforter lorsqu'il a peur, plus vite qu'au début. Il pleure moins lorsque maman quitte la pièce où il se trouve.

Il devient intrépide. De plus, il est perçu par sa maman comme étant significativement moins sociable. Il sait s'occuper seul sans aller vers l'adulte. Il ignore d'abord les invités lorsqu'ils arrivent, même s'il se montre plus proche par la suite.

5.1.4.5 Commentaires

No a bien évolué au cours d'une intervention où l'objectif principal a été la relation mère-enfant très fusionnelle et un repli sur cette relation de la part de la maman. Un réseau de professionnels s'est mis en place : l'intervenante d'ETAPE, le médecin généraliste et la psychologue de la maison

médicale. Différents niveaux ont pu être soutenus en parallèle ; le travail sur les angoisses et les difficultés psychologiques, le niveau relationnel et l'ouverture vers l'extérieur (exemple prendre du temps pour aller se promener seuls sans No et mieux le retrouver par la suite). Répondre adéquatement aux signaux émotionnels de No était compliqué car ceux-ci résonnaient avec son propre vécu. À la fin de l'évaluation, la maman y parvient beaucoup mieux et No est un enfant significativement sécurisé. Sous le stress, les moments ensemble peuvent rester des moments agréables mais il est plus difficile pour la maman de l'exprimer verbalement à son fils. Les événements stressants ont un impact important sur les interactions : tendance à se replier sur son fils, à être hyper protectrice et en même temps incohérente au niveau éducationnel. La confiance en elle en tant que maman est naissante mais encore dépendante des événements contextuels.

5.1.5 Enfant Nia

5.1.5.1 Indication de la prise en charge

Logement	Finances	Santé Ψ ou physique	Psychosocial	Relations entre adultes	Réseau social
Facteurs de risque en rouge (catégories de l'outil « Puces à l'oreille »(Bednarek et al., 2008)					

« Nia » est une petite fille âgée de 7 mois lors de la première évaluation. La maman a une autre fille plus âgée et elle est seule à s'occuper de ses enfants. Elle est d'origine africaine et son pays lui manque. Elle tente de se construire un réseau social, mais elle est méfiante. Elle suit des cours de français, seule activité au moment de la demande. Ses principes éducatifs semblent flous et ce qui inquiète beaucoup la TMS, ainsi que le fait que la petite fille ne sourit jamais (tout comme sa maman) et n'est pas entourée de jeux.

5.1.5.2 Quotients de développement

Nia	BL-R									
	AD-P	AD-C	AD -L	AS-S	AD global	QD-P	QD-C	QD-L	QD-S	QD-global
pré test (7m)	10	8,7	7,15	7	8,15	94,94	114,35	104,17	97,22	118,06
post test (14m)	15,15	13,18	13	15,15	14,06	110,7	97,1	92,86	110,7	101,4

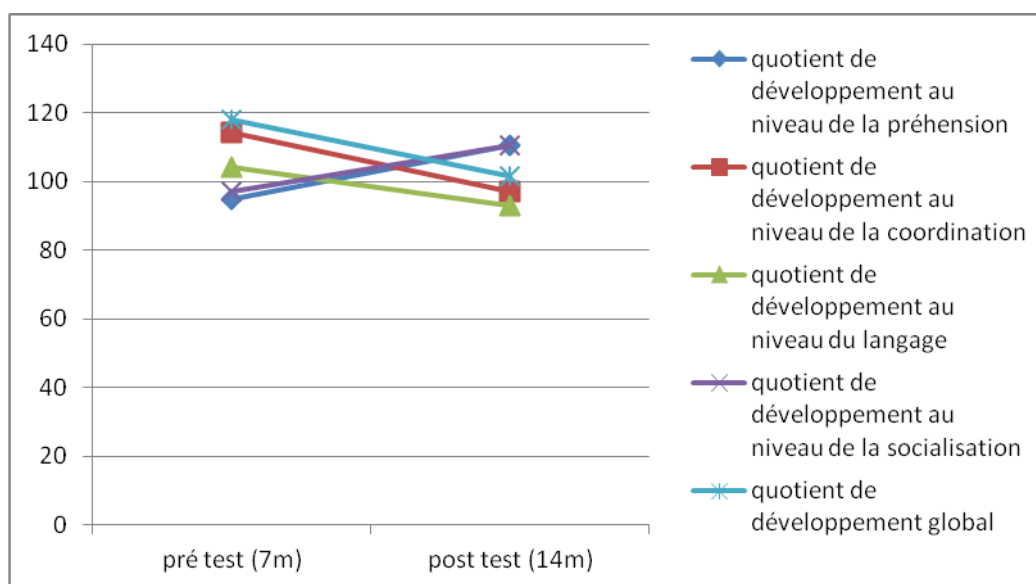


Figure 10 : Enfant Nia. Evolution des quotients de développement

Au temps 1 Nia présente un bon, voire un très bon développement, notamment au niveau de la coordination oculomotrice. Elle a pu augmenter au niveau de la motricité globale et de la socialisation. Bien que toujours tout à fait dans la norme le langage et la motricité fine sont légèrement moins bons.

La relation a été accompagnée pour que la maman de Nia puisse soutenir sa petite fille dans sa grande envie de développer sa motricité globale ; elle a pu le faire de manière plus sécurisée.

5.1.5.3 MASPIN

5.1.5.3.1 Évolution positive

Au départ, il était très difficile pour cette maman de percevoir l'impact de ses perceptions et de son comportement sur sa fille. Cela s'est un peu amélioré. Elle ne pouvait imaginer que son visage souvent triste, ne soutenait pas Nia dans **l'apprentissage des émotions, de sa sécurité intérieure, de son bien-être**. Cela a beaucoup changé durant l'intervention via le soutien d'ETAPE et du réseau.

La maman connaissait peu les **besoins des enfants différents selon l'âge** et avait développé l'idée qu'elle devait satisfaire sans les différer les besoins de son bébé (par exemple, elle pensait qu'une bonne maman devait allaiter son enfant, ou lui donner ce dont il a besoin au moindre pleur). Elle sait maintenant plus jouer avec sa petite fille et ne laisse plus uniquement sa fille aînée jouer avec Nia.

Etant donné la fragilité de son état psychologique, il lui était parfois difficile de favoriser l'expression émotionnelle de sa fille, de même que d'y réagir adéquatement. La maman a bénéficié du soutien d'une psychologue en plus du soutien d'ETAPE. À la fin de l'intervention, c'est une maman souriante qui suscite et **favorise des émotions** chez sa petite fille.

Elle savait contrôler ses impulsions au début de l'intervention et cela s'est encore amélioré avec la **gestion des pleurs** plus nuancée, en fonction des demandes de l'enfant.

5.1.5.3.2 Statu quo

Madame a su dès le départ **protéger sa fille et lui apporter le nécessaire** (hygiène, sécurité, vêtements).

5.1.5.3.3 Commentaires

Aussi bien Nia que sa maman ont bien évolué durant l'intervention. Malgré quelques difficultés au temps 2, les compétences acquises ces derniers mois ne disparaissent pas, au contraire, elles semblent assez stables.

Cette maman a bien su profiter de l'étayage apporté par l'intervenante, mais sa confiance en elle reste fragile lorsqu'elle est seule. Elle a besoin d'un soutien pour continuer à dépasser les traumatismes vécus dans son passé et ainsi différencier Nia d'un compagnon violent. Ses crises d'opposition sont à mettre en mots avec madame. Son discours et ses attitudes vis-à-vis de sa fille ont grandement évolué : elle perçoit sa fille belle et peut rire avec elle.

5.1.5.4 Q-Sort

	Q-Sort
pré test (7m)	NS
post test (14m)	NS

Nia n'est pas significativement sécurisée ni significativement insécurisée, aussi bien lors du pré test que lors du post test.

La maman de Nia l'observe plus lorsqu'elle joue et remarque lorsqu'elle se met en colère avec ses jouets. Elle la perçoit comme étant plus capricieuse sans raison ; cela est réfléchi avec madame car il semble possible de faire des liens avec des stratégies que Nia met en place pour obtenir ce qu'elle veut grâce aux pleurs. Elle s'intéressait d'avantage aux objets qu'aux gens, ce qui n'est plus aussi clair à la fin de l'intervention. Une distance plus adéquate semble avoir pu prendre place : elle ne prend plus systématiquement l'initiative de se blottir contre sa maman, elle peut tolérer les séparations en pleurant beaucoup moins et accepter le « non » de sa maman. Ce qui semble encore difficile pour elle est de voir sa maman partager des moments d'affection avec d'autres personnes.

La maman remarque que sa fille explore beaucoup plus, qu'elle revient fréquemment pour se rassurer et repart ensuite explorer à nouveau. Elle n'a plus autant besoin que sa maman lui trouve quelque chose à faire. Simplement voir sa maman la rassure, elle a beaucoup moins besoin de contacts physiques.

La rencontre avec d'autres personnes restent faible.

5.1.5.5 Citation de l'intervenante

« Le père de ce bébé s'est montré très violent et la maman a dû fuir. Ce n'est que plus tard qu'elle a pris conscience de sa grossesse. Ce bébé représente les violences subies, la peur, le passé. Il lui est impossible d'investir son bébé. A l'aide du jeu, Nia va petit à petit « séduire » sa maman. La maman qui ne la voit que rarement voire jamais interagir, sourire, danser, ... va découvrir sa fille. »

5.1.5.6 Commentaires

Aussi bien Nia que sa maman ont bien évolué durant l'intervention. La motricité globale et la socialisation ont bien évolué. Bien que toujours tout à fait dans la norme, le langage et la motricité fine sont légèrement moins bons. La relation a été accompagnée pour que la maman de Nia puisse soutenir sa petite fille dans sa grande envie de développer sa motricité globale ; elle a pu le faire de manière plus sécurisée.

Malgré quelques difficultés au temps 2, les compétences acquises par la maman ces derniers mois ne disparaissent pas ; au contraire, elles semblent assez stables. Madame a pu évoluer au niveau émotionnel et prendre conscience que sa tristesse continue et son manque d'énergie avait un impact sur sa fille. Elle parvient à jouer avec elle, à la voir d'un œil différent. Elle la différencie de son compagnon violent et parvient à mieux gérer les émotions de sa fille. Elle connaît mieux le développement de sa fille et suite aux discussions avec l'intervenante, ses attentes vis-à-vis d'elle-même en tant que maman et vis-à-vis de sa fille sont plus nuancées : par exemple, elle apprend à répondre aux pleurs de Nia de manière variée et plus adaptée en fonction des situations, elle apprend à mettre des limites, etc.

5.1.6 Enfant M

5.1.6.1 Indication de la prise en charge

Logement	Finances	Santé Ψ ou physique	Psychosocial	Relations entre adultes	Réseau social
Facteurs de risque en rouge (catégories de l'outil « Puces à l'oreille » (Bednarek et al., 2008))					

« M » est la petite sœur de « B ». Les facteurs de risque étant toujours présents et les déménagements encore plus fréquents, une prise en charge est également décidée pour celle-ci.

5.1.6.2 Quotients de développement

M	BL-R									
	AD-P	AD-C	AD -L	AS-S	AD global	QD-P	QD-C	QD-L	QD-S	QD-global
pré test (3m)	3,1	4,2	4,15	3	3,27	94,3	122,6	127,4	84,9	110,4
post test (14m)	18,15	14	13	15,15	15	127	96,1	89,2	106,4	103

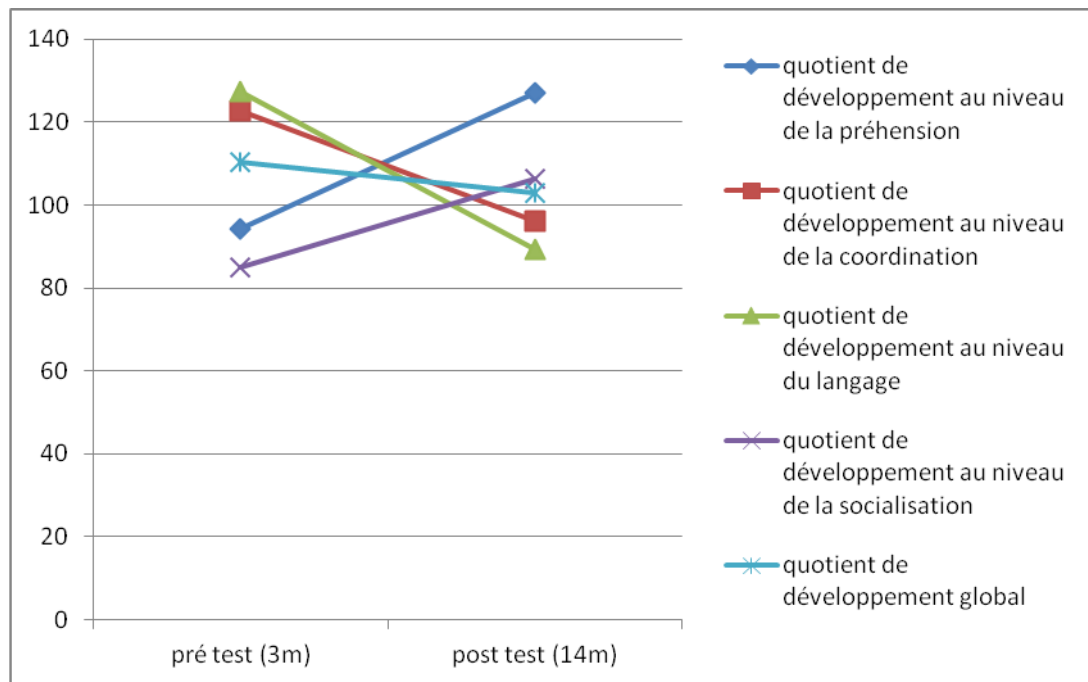


Figure 11 : Enfant M. Evolution des quotients de développement

M a été évalué à mi intervention, quelques temps avant le refus de la famille de poursuivre le soutien entamé. Cette évaluation devient donc celle de fin d'intervention.

Les quotients de développement à 3 mois sont notés à titre indicatif (chez un enfant si jeune les quotients n'ont pas de sens). Au-delà de cela, nous pouvons constater que son âge de développement à chaque niveau est celui attendu pour une enfant de son âge chronologique, voire un peu au dessus.

Au temps 2, M obtient des scores qui la placent dans la norme des enfants de son âge. Sa motricité globale est en avance pour son âge.

Il semble que le langage soit une faiblesse plus tôt pour M qu'elle ne l'a été pour B. Cela pourrait être en lien avec une instabilité plus grande durant les premiers mois de sa vie et ainsi qu'à la fin de l'intervention en raison d'une nouvelle grossesse.

La motricité fine par contre est meilleure pour M que celle de B au même âge. Deux hypothèses peuvent se chevaucher : la maman a pu bénéficier du soutien d'ETAPE et semble proposer des jeux plus adaptés à sa fille. Par ailleurs, M peut également profiter de la présence de B, qui a bien évolué à ce niveau et peut ainsi être un modèle pour elle.

La durée d'intervention a été la même que pour B et les résultats sont meilleurs pour M au niveau du développement. Cela est rassurant et nous amène à penser qu'un début précoce est important mais aussi qu'il peut y avoir certains acquis au sein des familles. Cela n'ôte rien à l'importance d'un travail en réseau dès le départ qui tisse un filet de sécurité autour de certaines familles qui vivent dans une instabilité et une précarité importante.

5.1.6.3 MASPIN

5.1.6.3.1 Évolution positive

La maman de M éprouve des difficultés à **percevoir l'impact de son comportement** sur sa fille. Cela peut un peu s'améliorer grâce au soutien constant de l'intervenante ; cependant, cela reste fluctuant.

5.1.6.3.2 Évolution négative

Au début, la maman **favorise souvent l'expression émotionnelle de M et lui procure des stimulations adéquates**, alors que cela n'est plus le cas avec B. Au fil du temps, la maman ne parvient pas à maintenir ces interactions positives avec M.

L'éducation est elle aussi liée au contexte de vie et au stress, la rendant instable et peu cohérente. Elle peut montrer sa capacité à être cohérente mais aux prises avec une spirale de problèmes et avec un enfant qui la teste, celle-ci disparaît. Il est probable qu'elle utilise des **sanctions physiques** (fessées, coups ?) ou qu'elle ne réagit pas lorsqu'elle est dépassée par leurs comportements d'opposition. **Prendre soin de son enfant** n'était plus spécialement un plaisir, malgré le soutien de l'intervenante. Au début de l'intervention, les contacts étaient chaleureux, ce qui n'est plus que parfois le cas à la fin de l'intervention. Il devient difficile pour la maman de **communiquer son plaisir** à être avec son enfant ; elle finit par donner l'impression d'être indifférente, sauf au moment de mise au point avec l'intervenante, de plus en plus inquiète pour le développement et la sécurité de M.

5.1.6.3.3 Commentaires

La première évaluation de M se réalise en parallèle avec l'évaluation de fin d'intervention de B. Le père est peu présent lors des visites et ne semble toujours pas souhaiter s'investir lors des séances. Il passe plutôt en coup de vent et observe ce qui se passe sans y participer. De nombreux items posent question à l'intervenante, qui ne parvient pas à se positionner quant aux compétences de cette maman avec deux enfants et à sa capacité à être disponible pour un bébé alors qu'elle est en proie à des difficultés sociales, personnelles et de couple importantes.

Tout comme cela a été le cas avec B en grandissant, elle favorise beaucoup moins l'expression émotionnelle de l'enfant, plus variée et peut-être moins gratifiante pour elle en tant que maman. Lorsque la maman est disponible, elle peut favoriser l'autonomie de ses enfants, mais en condition de stress elle n'est plus que rarement disponible pour eux. De ce fait et malgré l'intervention, prendre soin de son enfant peut créer des tensions. Le risque de maltraitance semble présent.

Seuls les moments où l'intervenante se rendait au domicile permettait de ramener un temps de plaisir et de relation saine.

On peut faire l'hypothèse que M, nourrisson, en comblant les carences affectives de sa maman, recevait en retour une attention et des soins adaptés. En grandissant, elle n'occupe plus cette fonction. Dès lors, sa maman n'arrive plus à lui donner le « minimum vital » d'attention et de soins bienveillants.

Le développement des compétences reste fortement dépendant du contexte. La maman peut utiliser l'intervenante en tant que tuteur de résilience, mais dès que la vie devient stressante et chaotique, le stress remplit les moments de relation avec sa petite fille, qui ne peut dès lors plus être protégée des événements stressants et des émotions qui les accompagnent. La précarité a augmenté lors de

l'intervention aussi bien au niveau financier, au niveau du logement, qu'au niveau relationnel (la maman a coupé les contacts avec sa grand-mère, pourtant sécurisante pour elle, à cause de conflits familiaux). Chaque moment peut basculer en amenant de la maltraitance (même si elle a pu au long de l'intervention accepter qu'un enfant ne peut être calme et silencieux tout le temps, la maman ne sait plus gérer les pleurs sans menace, etc.), c'est pourquoi il a fallu interpeller le SAJ après avoir réfléchi à la situation avec l'équipe SOS Enfants et l'APALEM. Depuis la communication de ses inquiétudes à la maman, celle-ci n'a plus ouvert sa porte. L'évaluation s'est donc clôturée à mi-chemin. Nous avons appris qu'une décision de placement en pouponnière a été prise étant donné les signes de négligence et la fermeture des parents aux interventions extérieures.

5.1.6.4 Q-Sort

	Q-Sort
pré test (3m)	NS
post test (14m)	X

M n'était ni significativement sécurisée, ni significativement insécurisée au début de l'intervention. Il n'a pas été possible de tester ce niveau étant donné la fuite de la maman vis-à-vis des professionnels durant l'intervention. Le langage semble être sa faiblesse, son score au temps 2 est un peu moins bon qu'au temps 1. Sa motricité fine est dans la norme tout comme sa sociabilité.

Le profil en T2 est un peu similaire à celui de son frère B au temps 1, avant les mots-phrases et les limites. Il semble que la maman puisse avoir une relation assez adéquate et stimulante avec ses bébés, mais plus ils grandissent moins elle peut être adéquate. Le développement requiert des moments de disponibilité pour accompagner les apprentissages, et plus seulement le maternage et les échanges affectifs des premiers mois.

5.1.6.5 Citation de l'intervenante

« M est un beau bébé, attentif et expressif. La maman lui porte une grande attention et porte sur elle un regard affectueux et chaleureux. Au fur et à mesure du temps qui passe, lors de mes visites à domicile, la maman m'exprime ses difficultés quant à la mise au lit. Alors âgée d'environ 15 mois, elle dort sur le fauteuil avec ses parents qui regardent la télévision, ou va dormir à la même heure que ceux-ci. L'impact de leur rythme de vie sur le comportement de M a été longuement abordé. Via un carnet d'observations, la maman a pu tester d'autres façons de faire plus adaptées pour la mise au lit, elle a mis en place des rituels. La notion de danger a finalement été abordée car à chacune de mes visites, M avait le visage recouvert de griffes et de plaques rouges. »

5.1.6.6 Commentaires

Le développement de M est assez bon du début à la fin de l'intervention. Cependant, les fragilités de la maman ont un impact sur la manière dont M se développe aux différents niveaux de l'évaluation. Nous constatons un meilleur développement chez elle que chez son frère. Comme pour lui, le langage devient une faiblesse. L'intervention et la confiance créée ont pu avoir un impact sur M. Malgré tout, le contexte de vie instable rend les acquis de la maman au niveau de sa parentalité très fragiles : elle peut utiliser l'intervenante comme tuteur de résilience, stimuler son enfant de manière

plus adéquate et y prendre du plaisir, mais dès que l'insécurité réapparaît dans leur vie, les besoins des enfants passent au second plan.

5.1.7 Enfant J

5.1.7.1 Indication de la prise en charge

Logement	Finances	Santé Ψ ou physique	Psychosocial	Relations entre adultes	Réseau social
Facteurs de risque en rouge (catégories de l'outil « Pucés à l'oreille »)(Bednarek et al., 2008)					

« Br » est une petite fille âgée de 17 mois lors de la première évaluation, et son petit frère J est âgé de 5 mois. Ils ont un frère de 8 ans et une grande sœur de 4 ans. Cette famille vit dans un logement insalubre, à risque d'accident et favorisant la promiscuité. Les problèmes financiers sont présents notamment par rapport à des choses essentielles, la gestion semble compliquée. Ils sortent peu de chez eux. Ils n'ont que très peu de jouets. Les parents sont limités intellectuellement, la scolarisation est faible. Madame souffre d'un problème de surdité partielle. Monsieur a une fragilité psychique entraînant une peur du monde extérieur. Le laps de temps entre les grossesses est court. Ils ont un passé de maltraitance, de rupture et de placement dans leur enfance. Les relations avec d'autres adultes paraissent difficiles pour ce couple. Ils n'ont pas d'amis ni de famille élargie, peu de ressources et de soutien de l'entourage.

5.1.7.2 Quotients de développement

J	BL-R									
	AD-P	AD-C	AD -L	AS-S	AD global	QD-P	QD-C	QD-L	QD-S	QD-global
pré test (5m)	4	3	2	1,15	2,24	79,47	52,98	39,74	29,8	55,63
post test (16m)	10,20	12	3,15	4,20	9,03	86,06	94,26	21,52	28,69	55,94

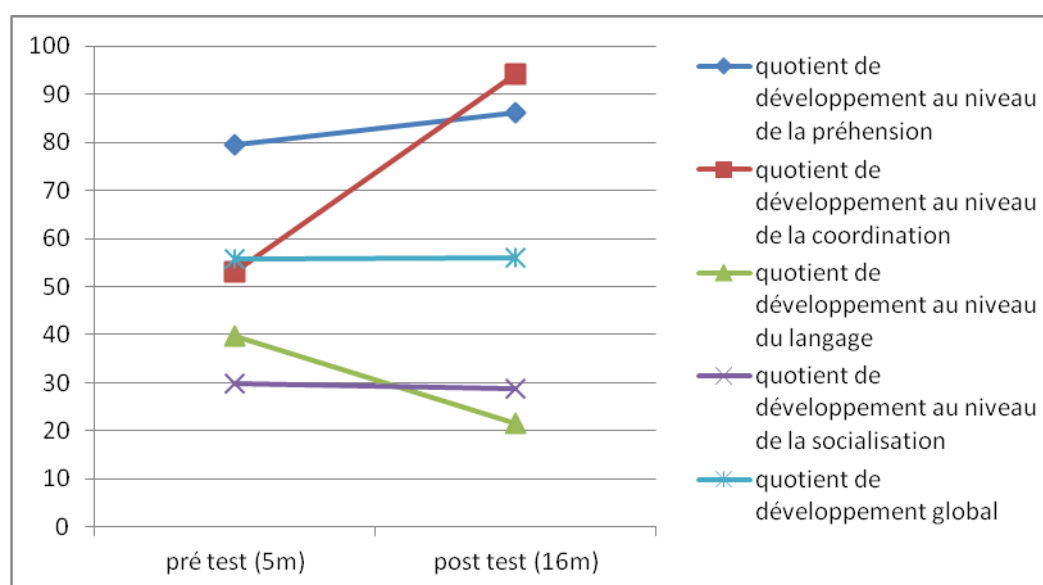


Figure 12 : Enfant J. Evolution des quotients de développement

Les notes de J au temps 1 sont toutes le reflet d'un retard de développement global important ; seule la motricité globale bien que faible ne peut être définie comme un retard significatif. Au temps 2, la motricité globale et coordination oculomotrice ont bien évolué. En effet, il obtient des scores à ces deux niveaux dans la norme des enfants de son âge. Le langage et la socialisation se dégradent et les notes montrent un retard important à ces niveaux.

Il est intéressant de constater que contrairement à Br, J évolue bien sur le plan de la motricité, secteur de développement le plus stimulé par l'intervenante ETAPE. Pour ce petit garçon, un réseau plus important favorisant son autonomie et son langage, tel que la crèche, pourrait lui permettre de bien évoluer malgré les carences importantes et stables de ses parents. Nous pouvons émettre l'hypothèse que ces parents qui se parlent peu durant la visite à domicile pourraient avoir encore moins d'échanges verbaux et émotionnels en son absence et donc ne pas favoriser le développement langagier de leur enfant.

Il est important aussi d'accepter que certains parents ne pourront jamais évoluer comme nous le souhaiterions. Les réseaux de soutien peuvent être présents sur du long terme pour pallier à certaines lacunes tout en permettant à la famille et aux enfants de se développer.

Là où dans certaines situations, spontanément et rapidement nous penserions à un placement étant donné les carences et les limitations intellectuelles de parents, cette recherche nous amène à poursuivre un travail en famille. L'attachement parents-enfants est fort. L'ouverture de la famille vers le monde extérieur et la confiance dans les professionnels s'installe. J se développe au sein de ce milieu s'il reçoit l'aide de professionnels en confiance avec sa famille Placé en pouponnière, qu'aurait fait ce petit garçon insécurisé et angoissé ? Quel impact sur son développement psychoaffectif aurait eu une rupture de ses liens d'attachements avec ses parents ?

L'intervention de réseau permet de favoriser l'évolution de l'enfant tout en préservant le lien parent-enfant rempli d'amour comme c'est le cas au sein de cette famille.

Les intervenantes, dans cette famille ont un rôle d'ouverture au monde extérieur.

5.1.7.3 *MASPIN*

5.1.7.3.1 Évolution positive

Les parents de J parviennent à respecter les besoins de J au niveau des **vêtements et de l'hygiène** mieux qu'au début.

La capacité de ces parents à **demander de l'aide au réseau** marque une belle évolution.

Avec J plus particulièrement, il s'agit de la **qualité des contacts** qui s'est améliorée pour devenir souvent plus chaleureux et adéquats, via le massage surtout.

5.1.7.3.2 Evolution négative

La notion de plaisir n'est pas encore une constante dans leur vie malgré le soutien de l'intervenante à ce niveau; le plaisir semble disparaître complètement à certains moments, tout comme leur **confiance en eux en tant que parents**. Dans ces moments, leur **capacité à contrôler leurs impulsions** reste une inconnue.

Le **niveau émotionnel** n'évolue pas bien durant l'intervention, malgré les tentatives de l'intervenante. En effet, il semble que plus J grandit, plus il est difficile pour ses parents de favoriser son expression émotionnelle, déjà fortement limitée chez eux (peut-être due à leur passé difficile, limitation intellectuelle). Ils en deviennent alors indifférents ou incohérents face à leur fils.

5.1.7.3.3 Statu quo

La question de la **sécurité des lieux et de la protection contre tous types de maltraitance** reste parfois présente.

Les **capacités éducationnelles** des parents de J posent question : les limites ne semblent pas claires et cohérentes pour l'intervenante.

Les parents parviennent mieux à décrire leur enfant et ses capacités. Cependant, les stéréotypes reviennent rapidement et ils peuvent être déstabilisés par le développement de l'enfant qui remet en question l'image qu'ils s'en étaient fait. La stimulation adéquate en fonction des besoins reste problématique et insuffisante.

5.1.7.3.4 Commentaires

L'évaluation de la situation de cet enfant, tout comme pour Br, nous montre une grande instabilité aussi bien lors des interactions qu'au niveau des compétences parentales due à des événements stressants ou inattendus (et non évaluables par ETAPE).

5.1.7.4 Q-Sort

	Q-Sort
Pré-test (5m)	NS
Post-test (16m)	NS

J n'est significativement ni sécure ni insécure durant l'intervention. Il semble cependant légèrement moins sécurisé au temps 2 mais aucune différence significative n'est trouvée lors des comparaisons de notes aux échelles. Il y a probablement, tout comme pour Br des événements extérieurs auxquels nous n'avons pas accès pour expliquer les résultats.

5.1.7.5 Citation de l'intervenante

« Au départ, J est décrit par les adresseurs comme un enfant qui est toute la journée assis dans son Maxi Cosy et qui a pour seule animation les mouches au dessus de lui. Il ne réclame jamais rien, semble méfiant et silencieux à chaque instant. Lors des visites à domicile, je le vois se balancer lors des moments de jeux, symboles de vide intérieur ou d'angoisse face à moi ? Au fur et à mesure de la prise en charge, J a pu découvrir le plaisir du jeu et de l'interaction avec ses parents, ses balancements se sont faits de plus en plus courts, tout comme la période d'adaptation qui lui était nécessaire lors de chacune des mes arrivées chez lui. Petit à petit, les parents se sont questionnés sur ces comportements. Depuis quelques semaines, J joue et montre le plaisir qu'il éprouve par des sourires/rires, ou invite clairement son parent à recommencer le jeu proposé. »

5.1.7.6 Commentaires

J semble évoluer mieux que sa sœur, bien que ses retards au niveau du langage et de la socialisation restent importants. Si la motricité globale et la motricité fine ont pu se développer en une dizaine de mois et le placer dans la norme des enfants de son âge, nous pourrions espérer que la mise en place d'une crèche pourrait développer les deux niveaux restants moins ciblés par une intervention psychomotrice telle qu'ETAPE.

La capacité de ces parents à demander de l'aide au réseau est la belle évolution déjà citée en conclusion de Br. Avec J plus particulièrement, il s'agit de la qualité des contacts qui s'est améliorée pour devenir souvent plus chaleureuse et adéquate, même si les stimulations cognitives via le jeu ne le sont pas toujours.

5.1 Groupe 2 : dégradation sur plusieurs indicateurs de développement ou absence d'amélioration au départ d'un niveau bas

5.1.1 Enfant B

5.1.1.1 Indication de la prise en charge

Logement	Finances	Santé Ψ ou physique	Psychosocial	Relations entre adultes	Réseau social
Facteurs de risque en rouge (catégories de l'outil « Puces à l'oreille » (Bednarek et al., 2008))					

« B » est un petit garçon âgé de 16 mois lors de la première évaluation. Il est le fils aîné de Madame mais le troisième enfant de Monsieur. Les parents de B sont suivis dans un centre pour personnes toxicomanes et un soutien à la parentalité a été fixé comme objectif par l'assistante sociale peu avant le début de l'intervention ETAPE. Le jeune âge de la maman (22 ans), les problèmes de consommation d'héroïne, les difficultés économiques ainsi que les ruptures et placements vécus dans l'enfance de ces parents sont les facteurs de risque qui interpellent les professionnels. De plus, ils ne suivent pas le traitement de substitution à la méthadone de façon régulière.

5.1.1.2 Quotients de développement

	AD-P	AD-C	AD-L	AS-S	AD global	QD-P	QD-C	QD-L	QD-S	QD-global
pré test (16m)	22	11,15	15,15	15,15	15	137,5	71,87	101,04	96,87	93,75
post test (27m)	30	26	15,15	18,15	22,09	107,53	93,19	57,95	66,3	79,93

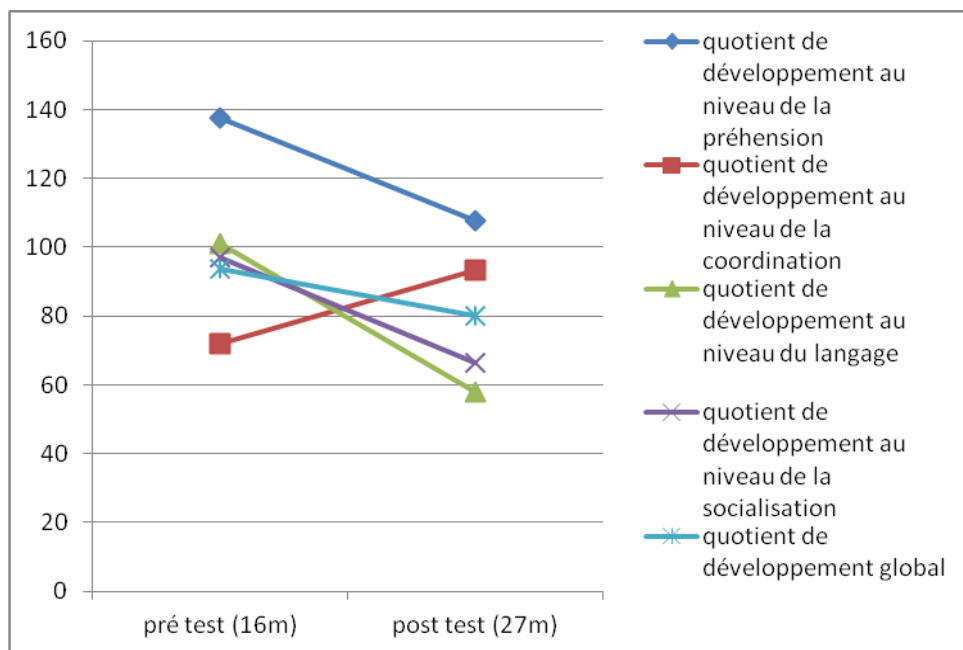


Figure 13 : Enfant B. Evolution des quotients de développement

B a un bon quotient de développement global ; il est dans la moyenne des enfants de son âge, aussi bien au niveau de son langage que de son autonomie. Si sa motricité globale est nettement en avance (de 6 mois en comparaison aux enfants de son âge), elle masque un retard d'environ 5 mois dans le développement de sa motricité fine.

Lors du post-test, nous avons constaté une diminution de son QD global. Le retard le plus important se situe au niveau du langage (il n'a pas du tout évolué au cours de l'intervention) et un autre retard significatif est observé au niveau de la socialisation. Le seul niveau qui augmente est celui de la motricité fine : en effet, il est désormais dans la norme tout comme au niveau de sa motricité globale.

Par rapport à l'absence d'évolution du langage, notre hypothèse est en lien avec la grande fragilité de la maman. En effet, elle parle de B lorsqu'il était bébé avec une grande tendresse ; elle aborde les échanges avec lui lors des moments de soins (ce que nous constaterons également avec M, petite sœur de B). La maman, qui a vécu des mauvais traitements dans son enfance, semble se réparer au travers des soins donnés à son bébé. Ses lallations semblent lui apporter un réconfort et lui permettre d'entrer dans des échanges interactifs positifs et agréables. Dans ces moments, cet enfant totalement dépendant d'elle lui renvoie une bonne image d'elle comme maman et l'encourage par son regard et sa voix.

B est un enfant qui, dès qu'il a commencé à se déplacer, a voulu explorer avec une grande curiosité. A ce stade, les parents doivent mettre des limites claires, cohérentes et stables, et cela ne leur a pas été possible. Cette étape du développement de l'enfant apporte moins de renforcements positifs aux parents (l'enfant s'oppose, fuit ou refuse les limites fixées). Il renvoie à son parent une mauvaise image de lui-même (il devient le « mauvais parent qui frustre et punit »). En outre, nous avons constaté des difficultés de communication entre père et mère. Madame est généralement la seule qui participe à l'intervention ; elle pose des questions et teste les pistes éducatives mais reste seule car monsieur semble ne pas se remettre en question ni accepter les soutiens extérieurs.

Vécu comme épuisant, B s'est débrouillé seul. Or, certains stades de développement requièrent l'aide et le soutien d'un adulte. Les parents de B n'ont pas pu être disponibles à ce moment, d'une part à cause d'une fatigue entraînant un laisser-aller, et d'autre part en raison de la dégradation de leur situation sociale et familiale au cours de l'intervention. Ils n'étaient donc plus autant disponibles pour B. De plus, l'arrivée d'un deuxième enfant a rendu la maman moins disponible pour B. Ces facteurs peuvent expliquer en grande partie la mauvaise évolution de B au niveau du langage et de la socialisation (autonomie). Être un sujet autonome et différencié de l'adulte n'a pas pu se réaliser de manière adéquate.

Par contre, la maman a pu à un moment prendre beaucoup de plaisir à jouer avec lui et à le stimuler au niveau de la motricité fine, via les différents jeux apportés par l'intervenante. Le travail d'ETAPE et l'intérêt de la maman à ce niveau ont pu améliorer cet aspect du développement.

Nous ne pensons pas que sa motricité globale soit moins bonne qu'au début de l'intervention ; il s'agirait plutôt d'un effet plafond. Notons également que la bonne motricité globale peut être liée d'une part à des composantes génétiques et d'autre part à la liberté de mouvement dans laquelle B a été laissé depuis le début de sa vie.

5.1.1.3 MASPIN

5.1.1.3.1 Évolution positive

Au niveau de l'interaction parent-enfant, et plus précisément du point de vue émotionnel (émotions pauvres du côté du parent et peu nuancées du côté de B qui exprimait beaucoup de colère), une évolution positive peut être observée par l'intervenante à la fin de l'intervention. En effet, le parent termine l'intervention avec une meilleure **capacité à favoriser l'expression de l'émotion de l'enfant ainsi qu'à réagir adéquatement lorsque celui-ci en exprime une.**

Grâce à une demande claire de la part des parents de B, l'utilisation des punitions physiques a pu être abordée. **La mise en mots et l'explication des raisons de la colère des parents** est en bonne évolution à la fin de l'intervention. La maman a un peu appris à **négoier lors des conflits avec son enfant.**

La capacité des parents à **stimuler de manière adéquate et agréable les compétences de leur enfant** a légèrement augmenté grâce aux jeux que le parent dit reproduire en l'absence de l'intervenante mais qu'il reproduit également plus adéquatement en sa présence. La capacité d'avoir des contacts physiques adéquats avec son enfant sans être brusque ou mécanique avait bien évolué au milieu de l'intervention mais n'a pas pu poursuivre son évolution à la fin de celle-ci.

Le parent montre une **plus grande confiance à être parent**, investit son rôle.

5.1.1.3.2 Statu quo

Du point de vue **éducatif**, la prise en charge débute avec un certain nombre de questions. Si l'intervenante durant l'intervention a pu y répondre, les compétences n'ont pas réellement augmenté à ce niveau.

La stabilité des échanges durant les moments clés de la journée (soins, repas, changes) et la patience ne sont que parfois présentes à la fin de l'intervention. L'intervention n'a pas joué de rôle au niveau de la **capacité des parents à organiser leur journée sans que l'enfant soit perçu comme**

une entrave à leur liberté. L'épuisement ressenti par les parents vis-à-vis des besoins et du comportement de B et leurs difficultés à gérer leur propre vie restent présents. B reste un obstacle possible aux priorités de ses parents. Dès lors, respecter les rythmes de l'enfant et structurer sa journée en fonction de ses besoins n'est que parfois possible et n'a pu évoluer au cours d'intervention. **L'utilisation des punitions physiques** reste encore présente.

Ces jeunes parents présentent des difficultés à **percevoir quel est l'effet de leurs comportements en tant que parent sur l'enfant**; les attributions causales restent malgré un travail sur l'interprétation des signaux de l'enfant, parfois stable et interne (« *c'est lui, il est colérique et ça ne changera pas* »). L'enfant semble rester l'objet de projection du vécu et des difficultés parentales (« *nous sommes de bons parents, c'est lui qui n'écoute pas, ne comprend pas* »).

Comprendre quelles étaient **les attentes des parents de B à son sujet** n'a pas été simple, de même que savoir sur quelles **connaissances** se basaient ceux-ci pour comprendre et stimuler leur enfant. À la fin de l'intervention ce que les parents, surtout la maman présente lors des séances, ont pu intérioriser comme connaissances liées au développement de leur enfant reste pauvre. Il semble ne pas y avoir de « norme » chez eux. Cela varie en fonction des événements extérieurs, du stress. La maman peut donc rester assez flexible lorsque l'enfant sur le moment n'atteint pas son attente.

5.1.1.3.3 Évolution négative

La capacité de la maman à **contrôler ses impulsions**, bien qu'abordée avec elle, reste parfois fluctuante, voire absente durant toute l'intervention. Ce parent ne comprend pas encore pourquoi B ne peut rester calme et silencieux la majorité du temps. Si au milieu de l'intervention, il montre une capacité à gérer la frustration face à un comportement de B dérangeant pour lui, à la fin cette capacité n'est plus spécialement présente. De même sa capacité à répondre aux larmes de l'enfant sans perdre patience diminue au fil de l'intervention.

La notion de plaisir est peu présente durant les interactions ; elle est envahie par les difficultés contextuelles. Les parents ne parviennent plus que parfois à **communiquer leur plaisir de jouer durant les séances.**

La capacité de **protéger l'enfant de maltraitances diverses** est fortement remise en question, de même que **la capacité à demander de l'aide au réseau** de professionnels, malgré le soutien d'ETAPE.

5.1.1.3.4 Commentaires

Les compétences des parents évaluées via MASPIN restent faibles. Cette compétence semble fortement liée aux conditions de vie et aux événements (arrivée d'un autre enfant, stress lié à l'habitat). Pour que de nouvelles compétences puissent s'installer, la stabilité, la cohérence et la patience sont nécessaire ; or, rien n'a pu s'améliorer du côté d'un cadre de vie plus stable entraînant un peu moins de stress.

À la fin de l'intervention, l'amour porté à l'enfant, malgré des conflits réguliers, semble rester le même. Si des punitions physiques semblent rester présentes, plus de mots sont mis autour des moments conflictuels. Ce n'est plus tant la réaction de rejet et de « je t'aime plus » qui est utilisée lorsque B teste sa maman mais c'est plutôt l'indifférence qui est le comportement utilisé.

Au-delà de cela, les parents de B l'encouragent et le valorisent tout au long de l'intervention. Le respect des besoins de base de B est bon pour les vêtements. Cependant, l'hygiène et la capacité de

procurer à l'enfant un lieu de vie sécurisé et sécurisant n'a pas pu aboutir à une évolution, tant ils sont instables au niveau financier et logement.

5.1.1.4 Q-sort

	Q-Sort
Pré-test (16m)	0.28
Post-test (27m)	0.28

Q-sort : enfant sécurise

Malgré les fluctuations de leur vie, l'attachement et le regard que pose la maman de B sur son fils, sont restés positifs et emplis d'affection authentique. B est perçu par sa maman comme significativement plus facile et sociable. Malgré les difficultés liées à l'éducation, la maman sait parfois prendre du recul et percevoir que B prend plus de plaisir à être avec l'autre et plus de plaisir à partager aussi bien les objets que les émotions, alors qu'au début, il se débrouillait seul. Cette évolution de B peut être mise en miroir avec celle de la maman, qui elle aussi apprend à faire confiance à l'intervenante et à prendre plaisir à jouer.

5.1.1.5 Citation de l'intervenante

« Lorsque je suis arrivée dans cette famille, leur contexte de vie m'a semblé effrayant ! Ils ne m'ouvraient la porte que lorsqu'ils le souhaitaient, je voyais du danger partout où je mettais les pieds, il faisait dégoûtant dans leur appartement, le petit buvait des biberons de coca, je devais faire attention où je m'asseyais pour ne pas m'asseoir sur une seringue !! Malgré les nombreuses « portes de bois », je me suis accrochée à la situation et nous avons ainsi eu de chouettes moments d'interactions, de plaisirs et d'apprentissages ! B a enfin pu se poser et se concentrer assez longtemps pour construire des tours, appairer des formes, etc. »

5.1.1.6 Commentaires

« B » est un enfant qui démarre l'intervention avec un quotient de développement dans la norme tout en présentant un retard de développement au niveau de la motricité fine.

Les objectifs fixés étaient de créer une relation de confiance avec ces parents fragiles et méfiants, ainsi que de leur faire partager le plaisir de jouer avec leur enfant, principalement à des jeux favorisant la motricité fine. À la fin de l'intervention, l'objectif du programme au niveau de la motricité fine est atteint mais le reste des compétences n'a pas continué à évoluer.

Au niveau du contexte général et des compétences parentales, il ressort que les parents de B restent très fragiles tant sur le plan social que de leur équilibre personnel. Leurs compétences fluctuent en fonction des stress de la vie. Le cadre de vie reste donc instable pour B. Au long des mois d'intervention, ces parents ont appris à faire confiance à l'intervenante, à tester les pistes concernant l'éducation des enfants qui avaient été réfléchies avec l'intervenante. La capacité de réflexion des parents a évolué (par exemple au niveau de la négociation, mise en mots en cas de conflits avec B). La maman investit plus son rôle de parent mais a encore des difficultés à percevoir B comme un enfant, différent d'elle et de son fonctionnement. Les interprétations de ses comportements peuvent être erronées souvent et le respect de ses besoins de base peut alors ne pas être adapté à l'âge de l'enfant.

Malgré les difficultés de vie, dans un moment calme avec l'évaluatrice, le regard que pose la maman sur B est et reste positif et rempli d'affection authentique. Elle se montre attachée à son fils. L'analyse du Q-sort montre que B est perçu comme significativement plus facile et sociable. La maman sait parfois prendre du recul et percevoir qu'au fil du temps, B prend plus de plaisir à être avec l'autre et à partager le plaisir de jouer.

5.1.2 Enfant J-M

5.1.2.1 Indication de la prise en charge

Logement	Finances	Santé Ψ ou physique	Psychosocial	Relations entre adultes	Réseau social
Facteurs de risque en rouge (catégories de l'outil « Puces à l'oreille » (Bednarek et al., 2008))					

« J-M » est un petit garçon âgé de 2 mois lors de la première évaluation. Le couple de parent présente une déficience intellectuelle associée à une faible scolarisation. Ils parlent peu de leur enfance mais un doute subsiste concernant des ruptures et placements durant celle-ci. Madame et Monsieur ont chacun eu une fille d'une précédente relation qui sont placées et reviennent parfois le week-end. Ils ont eu ensemble un premier enfant qui est décédé quelques mois après sa naissance. Ce deuil est toujours très difficile pour eux. La TMS de l'ONE s'inquiète pour ces parents qui placent tous leurs espoirs en J.M. Monsieur prend beaucoup de place, souvent au détriment d'une maman plus effacée. Les objectifs de l'intervention sont dès le départ de veiller au bon développement de l'enfant et de valoriser la maman dans son rôle maternel.

5.1.2.2 Quotients de développement

J-M	BL-R									
	AD-P	AD-C	AD -L	AS-S	AD global	QD-P	QD-C	QD-L	QD-S	QD-global
pré test (1m)	1,1	1,2	2	2,2	1,27	67,8	84,75	101,69	135,59	96,61
post test (16m)	17	12,12	13	14	13,18	104,29	76,07	79,75	85,88	83,44

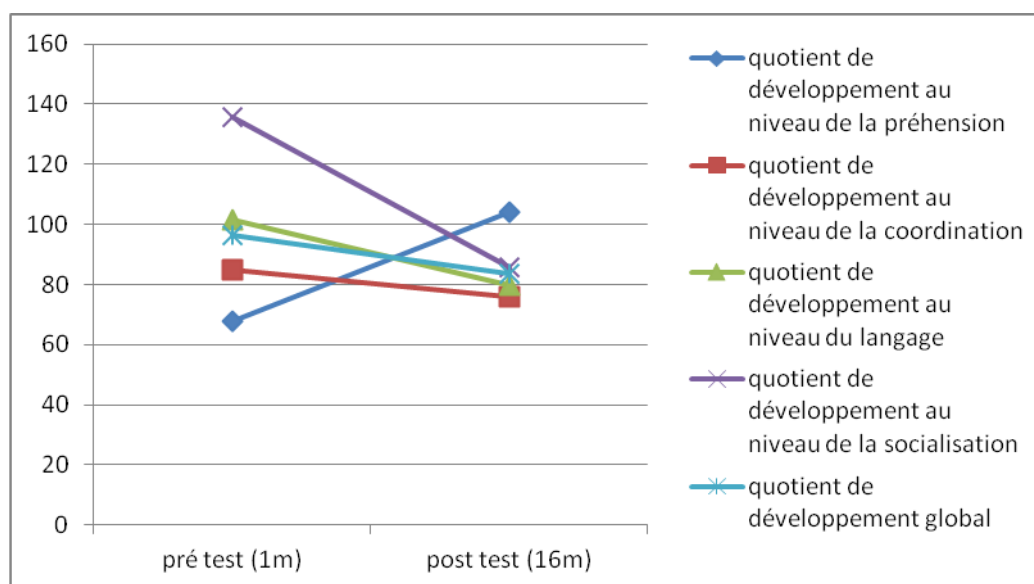


Figure 14 : Enfant J-M. Evolution des quotients de développement

Les scores au temps 1 sont indicatifs puisque J-M n'avait qu'un mois lors de cette première visite. C'était un bébé intéressé par ce qui se passait autour de lui, sachant sourire mais peu.

Au temps 2, il obtient des quotients de développement dans la norme des enfants de son âge au niveau de la motricité globale et de la socialisation. Il rit beaucoup et apprécie être en relation, montrer ce qu'il sait faire et découvrir. Dans cette famille, c'est la motricité globale qui est investie, stimulée et qui atteste aux yeux des parents si l'enfant se développe bien (la marche, la course, « la débrouille »). La patience et la finesse ne sont pas de mises. Il s'agit plutôt d'une philosophie de « Je suis fier, tu seras footballeur mon fils », qui permet à l'enfant de développer une bonne estime et confiance en soi, avec un projet pour lui dans la tête de ses parents.

Par contre, il présente des faiblesses au niveau de la motricité fine et du langage. Malgré des parents collaborants et ayant vraiment envie de faire au mieux, leurs limites intellectuelles les empêchent de stimuler au mieux le langage de leur fils. ETAPE n'a pas la prétention de réellement se pencher sur ce niveau. Monsieur parle beaucoup à J-M de ses rêves pour lui, de sa fierté vis-à-vis de lui ; il lui parle toujours avec de l'humour, malheureusement incompréhensible pour un enfant de son âge. Cependant, J-M rit beaucoup avec lui, montrant ainsi une bonne confiance entre eux, un lien positif. Monsieur parle parfois avec son fils comme si c'était un adulte, voire le prolongement de lui-même. Narcissiquement, le papa retire beaucoup de la relation avec son fils. Le discours du papa ne semble pas être un discours qui aide l'enfant à donner un sens au monde qui l'entoure, à ce qu'il voit, etc.

La motricité fine n'a pas été très stimulée durant l'intervention ETAPE notamment car cela n'a pas été particulièrement un objectif de l'intervention, plutôt centrée sur la place des parents et les interactions.

5.1.2.3 MASPIN

5.1.2.3.1 Évolution positive

Les parents et surtout la maman de J-M ont appris à **favoriser l'expression émotionnelle de leur enfant et à y répondre de manière souvent adéquate.**

Les contacts sont plus chaleureux et moins mécaniques qu’au début de l’intervention au niveau de la maman ; d’ailleurs les moments de soin sont désormais de bons moments d’échange la plupart du temps ; cet objectif est atteint pour l’intervenante.

Les **attentes** des parents vis-à-vis de leur enfant sont plus réalistes ; ils sont plus flexibles.

Ils savent le plus souvent **contrôler leurs émotions, leurs impulsions**, pour en protéger leur enfant, ce qui n’était pas le cas au début de l’intervention, même si gérer les pleurs de J-M n’est pas toujours simple.

La maman de J-M a beaucoup plus **confiance** en elle. Les parents de J-M parviennent, malgré les difficultés du quotidien, à préserver des moments de plaisir avec leur fils.

5.1.2.3.2 Évolution négative

S’ils apprennent l’importance de la cohérence au niveau éducatif, de nombreuses questions restent présentes concernant leurs **aptitudes éducatives**. Leurs limitations intellectuelles les amènent à utiliser des stéréotypes, des croyances générales, pour élever J-M. Plus l’enfant grandit, plus cela va croissant. **Protéger l’enfant de ses explorations** parfois dangereuses n’est pas toujours simple pour eux actuellement, les aider à mettre des limites reste nécessaire.

5.1.2.3.3 Statu quo

S’approprier les occasions d’apprentissage pour l’enfant ne reste que partiellement possible : les parents peuvent dire qu’en l’absence de l’intervenante, ils ne pensent pas spécialement à refaire les jeux, etc. Les stimulations cognitives restent donc trop faibles.

Les **journées ne sont pas toujours structurées** en fonction des besoins de J-M. Leurs capacités d’introspection limitées les empêchent de **percevoir l’impact de leurs comportements** sur J-M.

5.1.2.3.4 Commentaires

L’ambivalence est un sentiment qui a fait son apparition avec la prise de conscience que J-M n’était pas l’enfant idéal, rêvé. Les parents ont pu l’exprimer, ce qui est positif. De ce fait, leurs attentes ont pu s’adapter.

5.1.2.4 Q-Sort

	Q-Sort
pré test (1m)	0.27
post test (16m)	NS

À 10 mois d’âge, c’est un enfant significativement sécure qui est perçu. Seul le papa répond aux questions, prenant beaucoup de place face à une maman peu confiante dans ses observations et ses opinions concernant J-M.

L’objectif d’ETAPE a été de permettre à la maman de prendre sa place et d’apprendre à bien s’occuper de son fils. La réussite de l’intervention peut être constatée lors de la passation du post-

test : la maman et le papa y répondent ensemble, s'écoutant et se chamaillant, chacun ayant un avis et pouvant le nuancer avec les opinions de l'autre.

Au temps 2, J-M n'est plus significativement sécure. Il est important de rester prudent avec les résultats des tests ; malgré celui-ci, nous ne pouvons pas conclure que J-M va moins bien ou que la relation parents-enfant et la perception que ceux-ci ont de J-M est moins bonne. En effet, J-M a grandi, teste les limites et peut alors se mettre en danger, se différencie, se met en colère, etc. Ce résultat serait plutôt le reflet d'une difficulté des parents à gérer leur enfant dans une phase d'individuation.

5.1.2.5 Citation de l'intervenante

« La naissance de J-M est un moment de grand bonheur et de grande angoisse en même temps pour ses parents. En effet, leur premier enfant commun est décédé alors qu'il n'avait que 5 mois de vie. Le papa se rue chez son médecin ou va aux urgences avec son fils à la moindre inquiétude. Les examens à répétition m'inquiètent pour ce petit bonhomme. Apporter des balises sur la santé et le développement de l'enfant était important pour qu'il puisse s'apaiser au fur et à mesure. Leur retard intellectuel est important. Monsieur prend énormément de place. Il parle beaucoup, fait des blagues tout le temps. Madame hoche la tête, regarde « Les feux de l'amour » et reste fort silencieuse. Les moments où monsieur est absent et lors desquels elle doit changer J-M, j'assiste à un moment silencieux et mécanique entre eux. Elle ne parle presque jamais avec son fils. Un peu plus grand, il est laissé libre de se déplacer et encourager à le faire par terre sans faire trop attention au poêle, au chien, etc. Un accompagnement dans l'éveil sensori-moteur de J-M permettra d'instaurer le dialogue avec les parents et de les faire se rendre compte du développement de leur bébé ainsi que la façon de l'encourager dans ce développement de manière plus protectrice et adéquate. Au menu, il y a beaucoup d'accompagnement dans le concret : découverte de jeux divers, promenades, ouverture sociale (aller à l'ONE, à des ateliers bébé, ...). »

5.1.2.6 Commentaires

J-M est un petit garçon fort attendu par le couple qui a perdu un bébé précédemment. ETAPE est intervenu dès la naissance de J-M pour prévenir des négligences potentielles dues à une limitation intellectuelle importante et une maman qui a peu confiance en elle. Un travail relationnel avec celle-ci a été l'objectif principal des visites à domicile, en plus des jeux psychomoteurs variés. La motricité globale a été fortement investie par les parents de J-M, et celle-ci a bien évolué. Les limitations intellectuelles ne permettent pas à ces parents une introspection et une remise en question de leurs croyances ; cependant, celles-ci n'empêchent pas J-M de se développer, d'être en relation, car le lien avec ses adultes de référence est très positif. La maman est beaucoup plus chaleureuse, moins brusque qu'au départ et a pris confiance en elle. Bien que J-M ne soit plus significativement sécure, l'analyse de son vécu nous amène à nuancer sa note non significative au Q-Sort. Ses parents prennent toujours du plaisir à être avec lui, J-M est confiant et explore beaucoup, sans crainte. Cependant, le deuil d'un enfant idéal est accompagné d'ambivalence face à un enfant qui pleure, qui peut s'opposer en s'autonomisant. L'intervenante accompagne et les aide à donner du sens à ces étapes de développement.

5.1.3 Enfant So

5.1.3.1 Indication de la prise en charge

Logement	Finances	Santé Ψ ou physique	Psychosocial	Relations entre adultes	Réseau social
Facteurs de risque en rouge (catégories de l'outil « Puces à l'oreille »)(Bednarek et al., 2008)					

« So » est un petit garçon âgé de 8 mois lors de la première évaluation. Il est le premier fils d'un couple de jeunes parents. Ils ont assez tôt arrêté leurs études. C'est la maison maternelle qui fait appel à ETAPE. Le logement semble peu propice, il y existe des risques d'accident, les parents ne travaillent pas et doivent faire face à des problèmes financiers. La maison maternelle s'inquiète de négligence au niveau des soins médicaux (oublis, etc.). La grossesse n'était pas désirée mais l'enfant semble néanmoins bien accueilli. Etant donné leur jeune âge (20 ans), la maison maternelle s'inquiète des principes éducatifs inadaptés du papa et d'une méconnaissance des soins à fournir à un jeune enfant. Leur passé, bien que peu connu ne paraît pas avoir été simple et leur réseau social est restreint (peu d'amis, pas de loisir). Le SAJ coordonne les aides mises en place autour de cette famille et soutient l'intervention ETAPE.

5.1.3.2 Quotients de développement

So	BL-R									
	AD-P	AD-C	AD -L	AS-S	AD global	QD-P	QD-C	QD-L	QD-S	QD-global
pré test (8m)	6,14	7,7	6	6,15	6,21	78,54	87,85	72,87	78,95	81,38
Post test (13m)	8,2	11	9	9,15	9,24	63,88	88,45	63,34	70,08	72,24

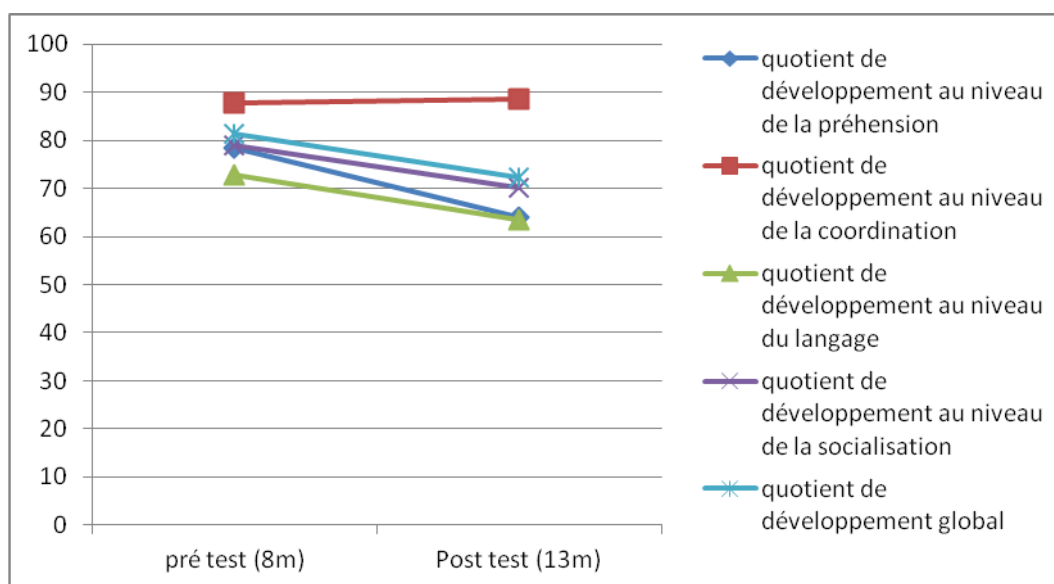


Figure 15 : Enfant So. Evolution des quotients de développement

So présentait au temps 1 des faiblesses à environ tous les niveaux sauf en motricité fine. Au temps 2, mis à part une légère évolution toujours au niveau de la motricité fine, lui permettant de rester dans

la norme des enfants de son âge, ses quotients de développement diminuent ; il présente un retard significatif au niveau du développement moteur et du langage, la sociabilité reste faible.

L'hypothèse de cette diminution pourrait, selon nous, être liée à l'absence initiale de collaboration des parents à toute aide proposée. Ils avaient besoin d'être reconnus en tant qu'adultes et d'apprendre à faire confiance au professionnel avant de pouvoir devenir réellement parents. Foncer dans la stimulation en sentant que l'accroche n'y est pas et lutter pour qu'elle y soit ne mène pas l'enfant à bénéficier de l'aide.

Peut-être que le fait que So n'ait pas vu sa motricité fine diminuer serait néanmoins dû aux moments de jeux ETAPE, sans lequel, il est possible que celle-ci ait pu suivre la même direction que les autres quotients de développement.

5.1.3.3 MASPIN

5.1.3.3.1 Évolution positive

Aussi bien le papa que la maman de So ont évolué au niveau de la **confiance en eux en tant que parents**: confiance quasiment inexistante au début, et presque toujours présente en fin d'évaluation malgré les événements.

Ils peuvent **répondre aux émotions** de leur fils d'une manière plus souvent adéquate qu'au début de l'intervention. Les **contacts physiques** sont plus souvent adéquats et chaleureux.

Les **stimulations** sont plus fréquentes au niveau cognitif et psychomoteur, suite aux jeux proposés par l'intervenante. Après quelques mois, le père reproduit les jeux en dehors de la présence de l'intervenante et est fier de montrer l'évolution de son fils ou les nouveaux jeux trouvés ensemble.

Les questions liées à l'éducation peuvent être abordées et il est notable qu'ils n'utiliseront que **rarement une punition physique** en cas de désaccords.

Ils apprennent à **gérer leur frustration** et peuvent être plus **flexibles** vis-à-vis de leur fils.

5.1.3.3.2 Évolution négative

Les moments de pleurs de So sont rarement bien gérés, moins bien qu'au début de l'intervention. Il leur est parfois plus facile de se baser sur des stéréotypes pour régler des difficultés liées aux comportements de So. Malgré cela, ces moments ne sont pas envahis par des menaces et/ou des cris.

5.1.3.3.3 Statu quo

Au début de l'intervention, les interactions au niveau émotionnel étaient parfois pauvres. Après environ 6 mois, il leur est encore souvent difficile **de favoriser l'expression émotionnelle de leur fils**.

Les moments de soins restent encore parfois des moments de tensions en fonction de la journée passée ; ce n'est donc parfois pas un moment de plaisir.

Favoriser l'**autonomie** de So leur est encore difficile.

Trouver les mots et les explications adaptées à l'âge de l'enfant reste difficile en cas de conflit. **Comprendre l'effet de leur comportement** sur les réactions de leur enfant reste également compliqué.

Malgré tout, leur capacité à **protéger So de tous types de maltraitance** reste parfois instable. Ils apprennent doucement à protéger leur enfant des émotions stressantes dues au contexte.

5.1.3.3.4 Commentaires

Les parents de So ont eu besoin de quelques mois pour trouver leur place au sein de l'intervention ; en effet, au début, le papa, grand adolescent, cherchait de la reconnaissance, plus en tant que personne qu'en tant que papa. Il jouait peu avec son fils et lorsqu'il le faisait c'était soit pour montrer ce que lui-même savait faire, soit pour montrer qu'il connaissait bien son fils, ses envies, ses besoins ; il pouvait donc arrêter le jeu que So était en train de faire pour lui en imposer un autre. Lorsque monsieur était là, madame prenait peu de place. Une rivalité semblait présente au sein du couple. Trouver leur place distincte en tant que père et mère en même temps leur semblait difficile. Les événements de vie les ont amenés à trouver leur place, soutenus par ETAPE. Madame a pu prendre assez confiance en elle pour reprendre une formation et monsieur s'est découvert en tant que père, à l'écoute de son fils.

Il semble que So soit parfois perçu comme un enfant « réparateur » de leurs histoires difficiles.

Plus So grandit, plus une ambivalence émotionnelle s'installe en eux : aimer et mettre des limites n'est pas simple.

Le respect des besoins de base était une grande question au début de l'intervention ; en effet, envahis par leurs propres besoins, envies, angoisses, il ne leur était pas facile de respecter ceux de l'enfant peu différencié d'eux. Au fil des mois, ils ont pu vivre leur enfant non plus comme une entrave à leur liberté parfois, mais comme un être en développement différent d'eux ; ainsi, les vêtements, l'hygiène et la sécurité des lieux de vie sont devenus plus adaptés.

5.1.3.4 5.9.4 Q-Sort

	Q-Sort
pré test (8m)	NS
Post test (13m)	NS

So n'est significativement ni sécure ni insécure au début et à la fin de l'évaluation. Cependant, il est perçu comme étant significativement moins sociable au temps 2. Il semble être dans une période où il a besoin du contact de réassurance avec sa maman (ceci peut être lié au stade de développement dans lequel il est).

5.1.3.5 Citation de l'intervenante

« On entendait très peu So, il interagissait peu et pouvait rester au même endroit (dans son lit ou parc) sans appeler, pendant des heures. Par le jeu, par le rappel du plaisir de jouer, les parents se sont de plus en plus intéressés à ce que leur fils pouvait montrer dans les séances. Petit à petit, ils se sont pris au jeu » de lui faire découvrir des choses. A ce jour, So commence à tendre les bras vers un de ses parents pour indiquer l'envie d'être pris dans les bras et les parents répondent positivement à cette demande. »

5.1.3.6 Commentaires

L'intervention auprès de So et de sa famille nous amène à réfléchir nos interventions. En effet, les parents et surtout le papa, ne reconnaissaient aucune difficulté, ils ne demandaient pas de soutien. ETAPE a été proposé par la maison maternelle à la famille, qui l'a vécu comme une aide imposée. Le couple était en recherche de reconnaissance de leurs compétences, pas tant en tant que parents mais en tant qu'adultes. Débuter les stimulations dans ce contexte semble n'avoir abouti qu'à peu de résultats au niveau du développement de l'enfant. La création d'un lien de confiance et d'un langage commun, d'une base et d'objectifs communs a permis à un soutien à la parentalité de prendre place au sein de la famille. Les événements de vie les ont amenés à trouver leurs places, soutenus par ETAPE. Madame a pu prendre assez confiance en elle pour reprendre une formation et monsieur s'est découvert en tant que père, à l'écoute de son fils. Ils ont pu se définir en tant que parents. S'il leur est encore difficile d'exprimer leurs émotions et de favoriser celles de So, ils parviennent plus souvent qu'avant à répondre adéquatement aux émotions de celui-ci. Ses besoins de base sont mieux respectés qu'au début, bien qu'il leur soit encore difficile de stimuler au mieux l'autonomie de So et de le protéger de certains dangers ou d'émotions négatives de leur part dues à une situation stressante.

5.1.4 Enfant Ma

5.1.4.1 Indication de la prise en charge

Logement	Finances	Santé Ψ ou physique	Psychosocial	Relations entre adultes	Réseau social
Facteurs de risque en rouge (catégories de l'outil « Puces à l'oreille » (Bednarek et al., 2008))					

« Ma » est un petit garçon âgé de 10 mois lors de la première évaluation. La maison médicale connaît bien la famille de Ma. Les parents de cet enfant ont un passé de toxicomanie et madame sort de prison au moment de la demande ; elle avait été accusée de faits de prostitution. Ma est le troisième enfant de ce couple. L'aîné est placé en institution. Le deuxième a été placé, mais le couple vient de le récupérer à temps plein. Le SAJ s'occupe de la situation. C'est cependant un climat de confiance qui entoure cette famille. La demande faite à ETAPE par les professionnels de la maison médicale est la suivante : « cette famille a été très instable, a connu des passes difficiles et les deux premiers enfants ont été placés car ils ont été dans l'incapacité de leur apporter les soins nécessaires. Il semble que cela se passe mieux maintenant mais pour permettre à l'équilibre de s'installer, un soutien serait important ».

5.1.4.2 Quotients de développement

Ma	BL-R									
	AD-P	AD-C	AD -L	AS-S	AD global	QD-P	QD-C	QD-L	QD-S	QD-global
pré test (10 m)	13	12	7,15	10	11,09	129,6	152,8	74,75	99,7	112,6
post test (15 m)	15,15	14,22	10	15,15	14,09	101,1	96,1	65,2	101,1	93,3

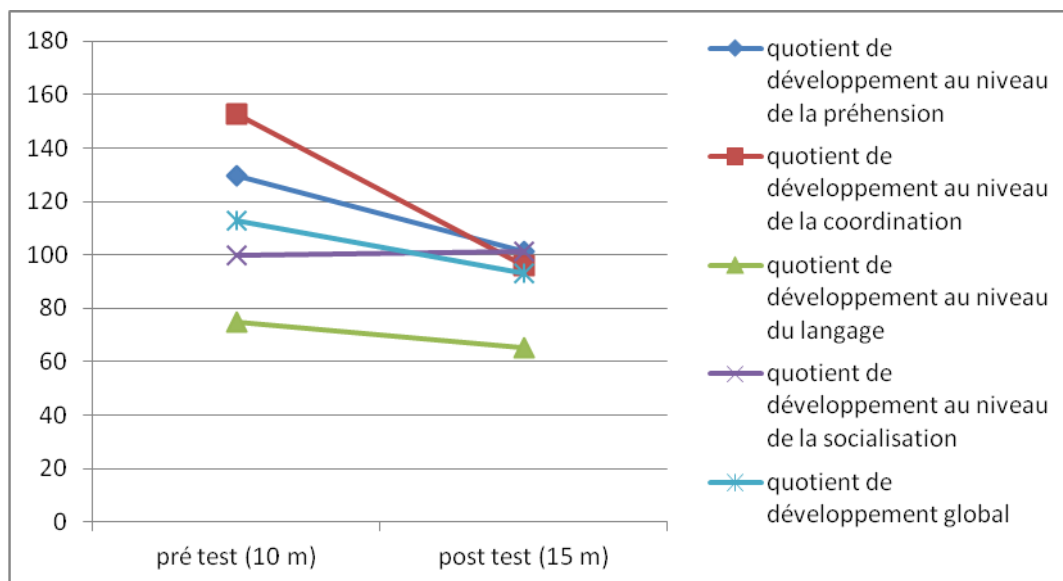


Figure 16 : Enfant So. Evolution des quotients de développement

Ma est un enfant qui dès le départ avait un très bon développement sauf au niveau du langage. Au terme de l'intervention, son développement reste bon, dans la norme des enfants de son âge, à nouveau excepté au niveau de son langage où un retard est présent.

L'indication d'ETAPE dans cette situation n'était pas très claire. En effet, l'adresseur n'a pas réellement pu mettre des mots sur des inquiétudes concrètes concernant les parents lors de la demande, et aucun retard psychomoteur n'était présent, bien au contraire. Le risque pouvait être d'enfermer les parents dans une histoire en lien avec la maltraitance en choisissant d'orienter vers ETAPE.

De plus, si un retard était présent au niveau du langage, ETAPE n'est pas l'intervention optimale pour le soutien de ce secteur de développement.

Son autonomie a un peu augmenté ; son envie d'explorer était débordante et la maman ne savait pas comment la gérer, la canaliser. Un des objectifs d'ETAPE a concerné ce niveau, qui a un peu évolué.

Malgré tout, il est intéressant de constater qu'ETAPE a eu un impact plutôt sur la confiance de la maman, qui après un parcours de vie chaotique peut dire « enfin quelqu'un qui est là quand tout va bien et qui pourra m'aider si ça va moins bien à un moment donné ».

5.1.4.3 MASPIN

5.1.4.3.1 Évolution positive

Le **rythme de vie** de Ma en tant qu'enfant a pu être beaucoup plus respecté jusqu'à la fin de l'intervention. Passer du temps ensemble, s'organiser pour que chacun ait du temps pour soi et ainsi mieux se retrouver est devenu une habitude. Le **plaisir** a pu se développer entre eux.

Le développement précoce de Ma a pu être perturbant et entraîner des attentes inadéquates pour ses parents. Il reste un jeune enfant avant tout et cela a pu être discuté et réalisé par la maman créant ainsi des **attentes** flexibles et plus adéquates.

La **cohérence au niveau des règles** a été le point discuté longuement avec la maman car Ma, rempli d'énergie et d'envie d'autonomie, pouvait se mettre en danger, ne pas manger, etc. La maman de Ma a pu trouver un équilibre à ce niveau et être ainsi le plus fréquemment cohérente avec son fils au niveau des règles. **Les explications** sont devenues tout à fait adaptées à l'âge de Ma avec le soutien de moins en moins utile de l'intervenante.

5.1.4.3.2 Statu quo

Les interactions semblaient souvent **adéquates au niveau émotionnel et au niveau des stimulations** et cela a pu se poursuivre.

5.1.4.3.3 Commentaires

La première évaluation de la situation était relativement positive, mis à part quelques point discutés ci-dessous. La maman a toujours pu encourager et valoriser son enfant au cours de son développement. Même si nous observons un bon démarrage de la relation, les relations mère-fils ainsi que les compétences de la maman ont pu s'enrichir.

La capacité de madame à protéger son fils contre tous types de maltraitances a pris du temps à être évaluée mais il est clair pour l'intervenante à la fin de l'intervention que ces parents en sont tout à fait capables, à la recherche de stabilité et de plus de sécurité dans leur vie que dans le passé.

5.1.4.4 Q-Sort

	Q-Sort
Pré-test (10 m)	NS
Post-test (15 m)	NS

Aucune différence significative n'est observée entre le début et la fin de l'intervention au niveau de la relation.

5.1.4.5 Citation de l'intervenante

« La maman se pose des questions sur le développement avancé de son fils ; elle a entendu dire que cela pourrait être lié à la période d'accouchement (accouchement difficile avec complications, syndrome de sevrage, ...). Le travail a permis de rassurer les parents sur l'état de développement de leur fils, de verbaliser les craintes et la culpabilité d'avoir consommé des substances psychotropes durant la grossesse, un soutien aux parents dans leur questionnement éducatif ».

5.1.4.6 Commentaires

L'opportunité de l'intervention d'ETAPE au sein de cette famille est en questionnement. En effet, la demande est différente des toutes les autres : tout va bien, pouvez-vous assurer que la situation reste stable ? Le développement de Ma n'a pas à être stimulé du tout, il est en avance. Cependant, la maman a eu deux enfants placés et, bien qu'ayant changé de vie, est rassurée d'avoir un professionnel qui « pour une fois est là quand ça va bien ». ETAPE va pouvoir être présent pour soutenir la maman face à une énergie et une exploration intensive de Ma ; les limites à fixer ont pu être abordées. Le développement précoce a entraîné des attentes inadéquates chez la maman qui

ont pu être nuancées avec l'intervenante. Ma pouvait parfois être vécu comme une entrave à la liberté de la maman ; à la fin de l'intervention cela n'est plus le cas.

5.1.5 Enfant Br

5.1.5.1 Indication de la prise en charge

Logement	Finances	Santé Ψ ou physique	Psychosocial	Relations entre adultes	Réseau social
Facteurs de risque en rouge (catégories de l'outil « Pucés à l'oreille »)(Bednarek et al., 2008)					

« Br » est une petite fille âgée de 17 mois lors de la première évaluation, et son petit frère J est âgé de 5 mois. Ils ont un frère de 8 ans et une grande sœur de 4 ans. Cette famille vit dans un logement insalubre, à risque d'accident et favorisant la promiscuité. Les problèmes financiers sont présents notamment par rapport à des choses essentielles, la gestion semble compliquée. Ils sortent peu de chez eux. Ils n'ont que très peu de jouets. Les parents sont limités intellectuellement, la scolarisation est faible. Madame souffre d'un problème de surdité partielle. Monsieur a une fragilité psychique entraînant une peur du monde extérieur. Le laps de temps entre les grossesses est court. Ils ont un passé de maltraitance, de rupture et de placement dans leur enfance. Les relations avec d'autres adultes paraissent difficiles pour ce couple. Ils n'ont pas d'amis ni de famille élargie, peu de ressources et de soutien de l'entourage.

5.1.5.2 Quotients de développement

Br	BL-R									
	AD-P	AD-C	AD -L	AS-S	AD global	QD-P	QD-C	QD-L	QD-S	QD-global
pré test (17m)	8	9,14	8	10	9	46,07	54,51	46,07	57,58	51,82
post test (28m)	11,1	17	13	18,15	15,09	39,58	59,37	45,4	64,6	53,43

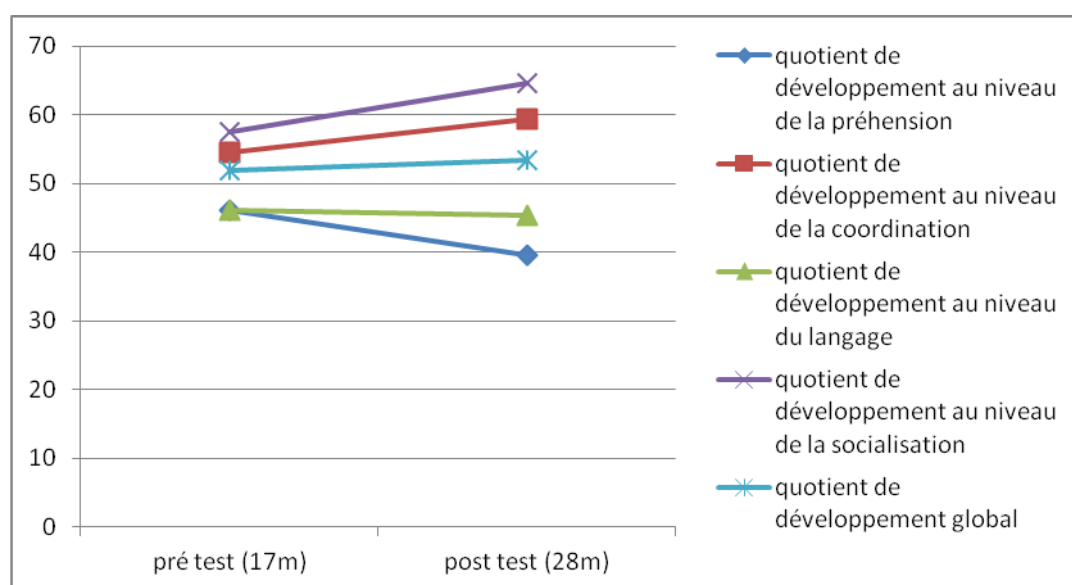


Figure 17 : Enfant Br. Evolution des quotients de développement

Les scores de Br au pré-test et au post-test sont largement en dessous de la norme et inquiétants. Au niveau moteur il semble qu'elle ait une pathologie organique en plus des négligences pour expliquer ce grand retard. Actuellement, les parents de Br la font suivre régulièrement au niveau médical. Br a un retard important au niveau de la motricité globale car elle n'utilise absolument pas ses jambes. Avant l'intervention d'ETAPE sollicitée par l'équipe SOS Familles, les enfants n'avaient aucun suivi ni médical ni psychologique et ne recevaient que très peu de stimulations.

La motricité fine a légèrement augmenté au temps 2 et son autonomie a évolué également. En effet, en raison de son retard psychomoteur, Br ne savait pas obtenir ce qu'elle voulait, elle a rapidement compris que son papa faisait tout pour elle et à sa place. Elle n'écoutait donc que peu ce qui lui était demandé, attendant que l'adulte le fasse pour elle. Une fois la prise de conscience du fait que cela ne la stimulait pas, ses parents ont pu lui fixer des objectifs et dire non, l'obligeant à se débrouiller un peu plus. Le retard reste malgré tout toujours présent.

Il existe toujours des événements extérieurs que nous ignorons et qui peuvent avoir un impact sur le développement des enfants ; nous pouvons faire par exemple l'hypothèse d'un sentiment d'insécurité lié à des conflits conjugaux accompagnés de scènes de violence ou de colère subites.

Au sein de cette famille, il y a eu deux interventions en parallèle pour Br et son frère J. Aussi bien J que Br avaient grand besoin de stimulations et de soutien. ETAPE a eu du mal à trouver une place entre les différents intervenants : une kinésithérapeute, un service d'aide précoce, des médecins. Presque inconsciemment, plus de temps a été consacré à J, qui n'avait pas d'autre prise en charge, ce qui peut peut-être aussi expliquer en partie une stagnation du développement de Br.

5.1.5.3 MASPIN

5.1.5.3.1 Évolution positive

La méfiance ressentie par les parents a mis beaucoup de temps à s'estomper et à été le grand défi au sein de cette famille repliée sur elle-même depuis des années. Ils ont pu ainsi en parallèle **apprendre à demander de l'aide au réseau**. L'augmentation de la **confiance** des parents vis-à-vis des professionnels leur a permis de s'ouvrir au monde avec moins de méfiance.

Au fil du temps, les parents de Br ont pu être plus à l'aise et être plus **chaleureux** avec Br. Les **vêtements ainsi que l'hygiène** ont pu devenir plus adéquats. Le **contrôle de leurs impulsions** vis-à-vis des enfants a pu être clairement abordé par l'intervenante, sentant que parfois il y avait des débordements. Si cela restait tabou, une fois abordé de manière non jugeante, cela a pu être travaillé et les parents de Br savent mieux gérer la frustration, les pleurs et le stress qu'eux-mêmes peuvent ressentir à cause d'événements stressants extérieurs aux enfants.

5.1.5.3.2 Statu quo

Peu de compétences ont pu être soutenues tant que la confiance ne s'installait pas.

Son problème physique a pris beaucoup de place, donnant également un sentiment d'impuissance qui envahissait les interactions chez l'intervenante et chez les parents de Br. Cependant, de nombreuses choses restent à aborder. La question des règles éducationnelles restent entière. Les parents ne connaissent toujours pas les besoins de leurs enfants en fonction de leur âge et de leur niveau de développement.

5.1.5.3.3 Evolution négative

Br devient grande et la voir ne pas évoluer comme elle devrait les amènent à prendre moins de **plaisir lors des moments de soins** et à être moins **flexibles** par rapport à elle.

5.1.5.3.4 Commentaires

L'intervenante a eu du mal à trouver sa place parmi les autres intervenants. De plus, il a été difficile pour les parents de comprendre le sens de l'intervention pour Br.

Ils ont pu expérimenter que des personnes les aident et travaillent pour le bien-être de leurs enfants. Le monde entier n'est pas menaçant ou contre eux.

Cela nous montre que la prise de conscience des besoins et des étapes de développement d'un enfant n'aboutit pas spécialement directement à une bonne évolution des interactions et de la relation. Le soutien de l'intervenante est parfois d'autant plus important à ces moments pour aider les parents à accepter leur enfant tel qu'il est avec ses limites.

5.1.5.4 Q-Sort

	Q-Sort
pré test (17m)	NS
post test (28m)	- 0.25

Br semblait avoir des attitudes insécurisées au début de l'intervention mais ne l'était pas significativement. Par contre, au temps 2, elle l'est devenue. Au niveau des échelles, il ressort qu'elle explore significativement moins et se sent moins indépendante qu'au temps 1. Si, comme nous le verrons ci-dessous, ses capacités d'autonomie se développent un peu suite à une réorganisation des attentes des parents de Br, son sentiment d'être indépendante diminue. Elle est angoissée de devoir faire les choses plus seule qu'avant ; elle pleure plus fort, plus longtemps et prend plus souvent l'initiative de se faire cajoler par ses parents.

5.1.5.5 Citation de l'intervenante

«Il a fallu s'armer de patience et faire confiance au réseau déjà en place pour qu'ils arrivent à m'introduire à domicile. En effet, j'ai reçu une première fois la demande d'une TMS de l'ONE pour cette famille ; celle-ci vivait dans un petit endroit lugubre où il y avait peu de jeux et un environnement fort passif. Après plusieurs tentatives d'aller au domicile, nous avons laissé tomber car les parents ne montraient pas de volonté. Quelques mois plus tard, la demande de prise en charge pour cette famille nous est à nouveau adressée, cette fois-ci par une équipe SOS. Br ne marche pas, se déplace sur ses genoux à l'aide de ses mains, émet des cris en montrant du doigt l'objet convoité, se concentre difficilement sur un jeu. Les parents qualifient, de façon affectueuse et protectrice, leur fille de « paresseuse » et choisissent de suivre son rythme de développement. Petit à petit, j'ai eu l'impression que la méfiance envers moi était mise de côté. Les parents acceptaient de faire les clowns lors des chansons à gestes, acceptaient de s'asseoir par terre pour masser leur enfant tandis qu'ils m'imitaient quand je le faisais sur ma poupée,... De chouettes moments intrafamiliaux ont pris place. Les moments passés ensemble ont permis de la laisser découvrir, toucher, essayer, manipuler afin de susciter l'envie de faire les choses par elle-même.»

5.1.5.6 *Commentaires*

Br présente une problématique liée à une négligence importante due en partie à une limitation intellectuelle de ses parents et une grande crainte de l'extérieur entraînant un grave manque de stimulations. Il semble également y avoir de surcroît une pathologie médicale. Des examens sont toujours en cours. Cela pourrait donc expliquer en partie les scores très bas au niveau de son développement global.

ETAPE a débuté tardivement. Lorsque de nombreux professionnels sont présents dont un kinésithérapeute et un service d'aide précoce, il est plus difficile pour les parents de laisser une place à ETAPE.

Au niveau de la parentalité, la confiance a pris du temps à s'installer, mais grâce à celle-ci, une ouverture vers l'extérieur a pu s'amorcer. Ils ont pu reconnaître les forces et les difficultés de leur enfant, apprendre à l'accepter tel qu'elle est. L'intervenante a pu accompagner les émotions ambivalentes liées à ce processus de deuil de l'enfant idéal. Ils ont appris à prendre plus de distance avec Br pour qu'elle devienne plus autonome. Elle apprend à attraper seule les jouets et développe un peu plus sa motricité fine. Cependant, connaître et reconnaître les besoins de l'enfant et les réponses adaptées reste difficile de même que comprendre l'impact de leur comportement sur Br. L'éducation reste en questionnement. Ils semblent avoir appris à gérer la frustration et ainsi leurs impulsions face aux émotions négatives de leur fille.

6 Discussion

6.1 Synthèse des résultats

6.1.1 Limite des tests utilisés

Tels qu'ils sont présentés ici, les résultats de l'intervention précoce ETAPE semblent modestes. Ils doivent cependant être analysés d'une part à la lumière des conditions d'intervention, et d'autre part de la littérature, rarement optimiste quant aux preuves de résultats mesurables des programmes d'intervention (Reynolds, Mathieson, & Topitzes, 2009).

D'une part, nous avons souhaité mesurer l'impact de notre intervention au moyen d'outils standardisés et validés : le test de Brunet-Lézine et le Q-Sort. D'autre part nous avons créé des outils et organisé des observations qui permettent de fournir une vision plus qualitative et intégrée de la situation et de l'évolution des douze enfants et de leur famille (Puce à l'oreille et Maspin)(Bednarek et al., 2012).

Les analyses statistiques des résultats au Brunet-Lézine, montrent des évolutions favorables dans deux domaines (motricité globale, socialisation). Aucune évolution n'est cependant enregistrée dans le domaine du langage. Ces résultats semblent cohérents avec les caractéristiques de l'intervention d'ETAPE telles que rappelées en introduction et manifestent donc une certaine efficacité de ces interventions.

« L'intervention consiste en massages du bébé et en jeux psychomoteurs ; cette intervention est en outre située dans une attention plus globale à l'accompagnement du rôle parental et au travail de la relation dans la dyade mère-enfant ».

La difficulté à mesurer, à l'aide du Q-Sort, des niveaux d'attachement significativement sécure ou insécure démontre peut-être aussi un réel problème au sein de la population cible, problème sur lequel ETAPE aurait un impact limité : sûrement des difficultés liées à l'attachement dans certains cas, mais aussi difficultés importantes liées au faible niveau culturel de la population cible et à sa difficulté à appréhender les concepts qui sous-tendent la passation du test.

Quant aux finalités qui justifient la mise en place d'ETAPE « favoriser le développement optimal de l'enfant négligé et son intégration sociale ultérieure en réduisant le handicap psycho-social », il semble assez peu réaliste d'en mesurer l'atteinte par des tests statistiques au terme d'interventions finalement assez courtes (moyenne de 11,3 mois) au sein de configurations familiales qui accumulent les difficultés en un écheveau complexe à démêler. L'absence de résultats statistiquement significatifs sur les indicateurs de développement global, sur le développement du langage, sur la mesure de l'attachement sont, à notre avis, compréhensibles au vu de la brièveté des interventions et du caractère très délétère de certaines des situations familiales.

Très clairement, on ne peut attendre d'ETAPE qu'il débloque définitivement sur le long terme des situations de handicap psychosocial ou de négligences. Dans certains cas, on pourrait considérer que l'absence de dégradation des indicateurs de développement est aussi un succès. ETAPE est sans doute une pierre intéressante dans une chaîne d'attentions et de soutiens à ce type de familles, car l'intervention semble produire une rupture dans la configuration de facteurs qui amènent la négligence. Il faudrait cependant à l'avenir tester l'opportunité des pistes suivantes :

- Mettre en place une intervention plus longue recourant peut-être à d'autres supports d'interactions que les jeux psychomoteurs ou les massages, mais en maintenant le travail sur la dyade mère-enfant.
- Assurer une diversification des compétences des intervenantes ou accompagner l'intervention d'ETAPE par des interventions d'autres professionnels accordant leur attention à d'autres facettes du développement de l'enfant et du parcours de la mère.
- Assurer un relais dans ce type d'accompagnement par d'autres intervenants.

Le recours aux analyses qualitatives cas par cas au départ des données de MASPIN permettent de documenter ces perspectives. Cet outil donne une vue beaucoup plus nuancée de nos résultats. On y décèle les petits changements apparus dans la vie quotidienne : la porte ouverte à l'idée que l'enfant idéal n'est pas celui qui ne bouge ni ne crie, une réponse plus appropriée aux pleurs de l'enfant, la capacité à demander une aide ciblée à un réseau d'intervenants qui ne sont plus perçus comme menaçants, etc.

La granularité fine de MASPIN est toutefois un facteur limitant dans un processus d'évaluation globale que nous voulions mener. Les informations recueillies n'ont de sens que par rapport à la situation particulière d'une famille et sont difficile à généraliser.

Nous pouvons constater tout au long de ces analyses de cas qu'il est impossible de généraliser un type d'intervention pour ces familles confrontées à des problèmes multiples – psychologiques ou psychiatriques, addictifs, sociaux, culturels – et traînant parfois derrière elles le poids d'une histoire familiale marquée par de nombreux conflits, traumatismes ou ruptures. Dans ces conditions, les objectifs de travail doivent s'adapter de façon fine à chaque nouvelle situation.

6.1.2 Commentaires sur les résultats

6.1.2.1 Groupe 1

Dans trois cas (N, No et Nia), une évolution globalement favorable s'est clairement manifestée : un des cas présentait au départ un retard de développement marqué, les deux autres présentaient un développement tout à fait dans la norme voire légèrement supérieur pour l'un des deux. Une de ces deux dernières familles a fait l'objet d'une intervention en parallèle de plusieurs professionnels. Dans les trois cas, on note une augmentation de la confiance en soi de la mère, confiance en soi qui était battue en brèche suite à des événements traumatisants divers dans le passé de la mère, et parfois accentuée par un isolement important, une situation matérielle très difficile, voire une expérience difficile avec un premier enfant. Dans ces cas, on note une amélioration voire une stabilisation des compétences de la mère dans la relation avec son enfant dont elle a appris à mieux connaître les besoins, avec qui elle prend plaisir à interagir. Dans toutes ces situations, on remarque aussi que la mère devrait continuer à être soutenue car des événements stressants ou des conditions matérielles difficiles risquent de raviver les fragilités.

Dans trois autres cas (A, S, M), des évolutions favorables sont apparues au départ d'indicateurs de développement initiaux dans la norme ou légèrement inférieurs à la norme. Dans ces cas, ETAPE permet à la mère de vivre mieux des moments d'interactions avec son enfant et d'activer ses compétences parentales durant ces moments mais les fragilités psychologiques de la mère et son incapacité à ne pas se laisser dépasser par un contexte particulièrement instable et précaire ne permettent pas un transfert de ces compétences en dehors de la présence d'une intervenante, ni

une adaptation des compétences à l'évolution des besoins de l'enfant. Dans un de ces cas, ETAPE était intervenu mais plus tardivement pour un premier enfant et certains comportements parentaux ont été transférés vers le deuxième enfant. Deux de ces trois cas présentaient un risque jugé trop élevé de maltraitance et ont donné lieu au placement des enfants.

«La mère peut utiliser l'intervenante comme tuteur de résilience, stimuler son enfant de manière plus adéquate et y prendre du plaisir, mais dès que l'insécurité réapparaît dans leur vie, les besoins des enfants passent au second plan. »

On peut rapprocher de ces trois cas celui de J, pour qui l'intervention d'Etape a permis une progression sur les deux indicateurs de développement psychomoteurs au départ d'un niveau de développement global très bas. Cette famille est caractérisée par un environnement matériel particulièrement dégradé et peu stimulant, l'intervention de nombreux professionnels. On constate une difficulté à créer chez les parents, limités intellectuellement, un sentiment de confiance en eux et de plaisir dans la relation avec leurs enfants et à instaurer un minimum de connaissance des besoins développementaux de l'enfant. Malgré tout des progrès ont été enregistrés sur la prise en compte des besoins fondamentaux de l'enfant (hygiène, habillement, alimentation) et un fort sentiment d'attachement lie ces parents à leurs enfants. Une relation de confiance s'est installée entre les parents et les professionnels. En conséquence le support externe apporté à la famille permet d'éviter le placement et laisse envisager un meilleur développement de J sur le long terme.

6.1.2.2 Groupe 2

Cinq cas concernant des enfants qui malgré l'intervention d'ETAPE, ont stagné voire régressé sur plusieurs des indicateurs de développement, alors que trois d'entre eux manifestent un niveau de développement satisfaisant au départ (bien que perfectible).

J a une sœur auprès de qui l'intervention d'étape n'a pu permettre d'engranger des effets bénéfiques (Br). Trois types de facteurs sont essentiellement évoqués. Il est possible que le retard de développement soit lié à une cause somatique ; par ailleurs, l'intervention d'ETAPE a débuté plus tardivement pour Br que pour J, et les intervenantes d'Etape ont eu des difficultés pour s'intégrer dans le réseau des professionnelles et mettre en confiance de la famille.

Un autre de ces enfants appartient à une des familles citée ci-dessus et dont les enfants ont fait l'objet de placement. Au moment de l'intervention d'ETAPE, l'enfant concerné ci-dessus par une amélioration était très jeune, celui-ci était plus âgé. Il est difficile de définir si son développement avait déjà été l'objet d'une dégradation avant l'intervention d'ETAPE. Le programme a permis d'améliorer la motricité fine mais n'a engrangé aucun résultat stabilisé sur les compétences parentales, comme cela a été signalé plus haut. Dans ce contexte il est aussi plus difficile pour la mère de prendre en compte les besoins de développement d'un enfant plus grand que de ceux d'un nourrisson.

Deux autres cas se caractérisent par une priorité qu'ont dû donner les intervenantes d'ETAPE au travail avec les parents, d'un côté un couple très jeune en attente de reconnaissance en tant que personnes et en tant que parents, de l'autre un couple très limité sur le plan intellectuel. Il importait donc de leur donner confiance dans leur rôle de parent et de les aider à donner du sens aux réactions de leur enfant au fil de sa croissance. Une fois confortée cette image parentale, on peut supposer

qu'une intervention plus longue et/ou une aide par des services externes de soutien des enfants permettraient une amélioration des indicateurs de développement.

Enfin, le dernier cas (Ma), questionne l'opportunité de l'intervention d'ETAPE, car la plupart des indicateurs de développement sont élevés et même supérieurs à la moyenne au départ, à l'exception du langage (qui n'est pas la cible privilégiée d'ETAPE). L'intervention d'Etape a surtout un rôle de réassurance auprès de la maman et de soutien face au développement précoce de son fils. Les bénéfices engrangés le sont pour les parents : le contexte de vie de cette famille est stabilisé. Le développement de Ma pose question car les indicateurs se dégradent.

6.2 Synthèse sur le processus

6.2.1 Résistances à l'évaluation

Le programme ETAPE reçoit régulièrement des demandes d'intervention. Lorsque l'évaluation nécessaire à ce rapport a été proposée comme partie intégrante du processus, des résistances se sont fait jour parmi les professionnels adresseurs et/ou les intervenantes.

Ce phénomène, qui a limité le recrutement des situations incluses dans ce rapport, reste encore largement inexpliqué. Il semble y avoir dans certaines situations une crainte d'effaroucher les bénéficiaires potentiels par l'entrée dans leur intimité d'un nouvel intervenant, qui vient s'ajouter dans bon nombre de cas à tous ceux qui sont déjà présents. Peut-être y a-t-il aussi la crainte d'un regard d'évaluation sur le travail de l'intervenant en famille ?

Dans notre processus, la venue de la psychologue chargée des mesures psychométriques a toujours été annoncée – voire négociée – par l'intervenante avec la famille. Une fois les premières résistances dépassées, les familles l'ont en général bien acceptée. Cela a même souvent permis de redynamiser l'intervention grâce au repérage des points forts et faibles de l'évolution de l'enfant et des échanges relationnels parents-enfant.

6.2.2 Difficulté des professionnels à initier une action dans une situation familiale suspecte

Si les publications récentes parviennent à définir la négligence comme une entrave au développement optimum de l'enfant, elles ne parviennent pas à en définir l'ensemble des facteurs. Elle est beaucoup plus difficile à diagnostiquer que la maltraitance physique pour les professionnels de première ligne. Les signes de négligence n'apparaissent parfois que tardivement ; les causes en sont souvent la précarité, la pauvreté. Le diagnostic est souvent vécu comme un jugement de valeur par la famille et l'intervenant. Il est donc difficile à poser d'autant plus que, très souvent, le professionnel ne voit pas concrètement quel « traitement » proposer à la famille. Cela développe un sentiment d'impuissance comme si la négligence était un problème inéluctable et insurmontable.

Détecter les signes de la négligence est crucial pour permettre des interventions précoces, mais ceux-ci se situent pour la plupart dans une zone grise au sein de laquelle les seuils de dangers ne sont pas faciles à fixer, en raison de la complexité des situations familiales. Les seuils semblent relatifs et sont fortement dépendants de chaque contexte. L'évaluation de la négligence conjugue des signes pour lesquelles des seuils peuvent être fixés à partir d'outils validés et des signes pour lesquels aucun seuil ne peut être fixé.

La pratique des professionnels de première ligne s'inscrit dans un réseau d'échanges avec les parents et avec d'autres professionnels. Les rencontres dans ce réseau sont des moments de négociations de la définition de la situation de négligence. La théorie de l'acteur réseau (*Actor-Network Theory*) nous permet d'envisager le rôle de MASPIN dans les processus de communication et de négociation (Fuller, 2007).

Quelques expériences d'utilisation nous ont montré que MASPIN permet de formaliser et d'objectiver la communication entre les professionnels médico-sociaux de première ligne et les experts et intervenants spécialisés dans la négligence. Les différents indicateurs ont pu être passés en revue et les soupçons initiaux s'en trouver affaiblis ou renforcés. A ce titre, notre travail aura servi à rapprocher les connaissances scientifiques de la pratique de terrain, permettant un meilleur adressage des situations à risque au réseau d'intervenants professionnels pour les situations de négligence. Cet aspect intéressant de l'utilisation de MASPIN serait à expérimenter de façon plus large pour en confirmer l'intérêt.

La diffusion de semblables méthodes parmi les professionnels permet d'espérer à terme le développement d'un langage et d'un cadre de référence communs, garant d'une meilleure collaboration entre ceux qui voient les situations à risque dans leur pratique de soignant ou de travailleur social et ceux qui ont la capacité de diagnostiquer finement et d'intervenir. Des pratiques de partage du savoir entre professionnels d'horizons divers ayant à traiter des situations communes se font jour et sont porteuses d'espoir (Molénat, 2004).

6.2.3 Difficulté du dialogue avec les bénéficiaires en vue de l'intervention

Les objectifs de l'intervention au bénéfice de l'enfant ne sont pas toujours compréhensibles par des parents qui ont des difficultés à se projeter dans l'avenir. En outre, le lien entre le type d'intervention proposé et le résultat escompté peut leur sembler difficile à établir. Dès l'annonce d'une possibilité d'intervention, ceux-ci peuvent se sentir dévalorisés par le jugement des professionnels sur leurs faibles compétences parentales.

Au départ, les intervenants éprouvent une difficulté à parler avec les parents des problèmes repérés dans la dynamique familiale et les « soins » donnés à l'enfant.

Une fois l'intervention acceptée et la confiance établie, la crainte de dévaloriser des parents déjà fragiles, le manque d'habileté pour dire des choses jugées désagréables limite leur capacité à communiquer clairement sur les faits qui ont amené à la décision d'intervenir. Leur présenter le projet en disant que nous voulons avec eux offrir à leur enfant de meilleures chances d'évolution que celles qu'ils ont reçues de leurs parents est généralement bien accueilli. Ils se sentent à la fois reconnu comme soucieux de l'avenir de leur enfant et considéré comme des « partenaires » du projet. La très grande majorité des parents a ce désir d'offrir à son enfant un avenir meilleur que le leur. Ils sont par ailleurs, pour la plupart, conscients qu'ils ne disposent pas d'un bagage suffisant pour mener leur vie comme ils l'espéreraient. Ce dont ils sont moins conscients est que la santé psychique et le développement cognitif se construisent dès les premiers mois de vie. Le rôle de l'intervenant est entre autres de partager ce savoir avec les familles.

Dès la présentation du programme d'intervention (libre ou intégré dans un programme d'aide consentie – SAJ – ou contrainte – SPJ), l'outil MASPIN a servi de guide pour aborder progressivement divers aspects de la relation du parent avec son jeune enfant. La décomposition d'une attitude en

multiples indicateurs a permis de limiter l'impact dévalorisant des manquements et de valoriser les compétences présentes, ce qui a contribué probablement à augmenter la confiance et à dédramatiser l'intervention. Les difficultés vécues par le parent ont pu parfois être contextualisées dans sa propre histoire. Le fait de permettre aux parents de co-construire un projet, a rendu l'intervention plus prévisible et concrète pour eux. Participer et comprendre ce qui se déroule tout au long de l'intervention a contribué à favoriser la participation des familles, qui se sont senties acteurs et partenaires de l'intervention.

Chaque type de problème a pu théoriquement être associé à un objectif de travail, mais il a fallu fixer des priorités entre tous les possibles. Le niveau d'accomplissement souhaité de chaque objectif a du être apprécié au cas par cas en fonction des possibilités d'évolution de la famille. Il est utile de garder à l'esprit que la « pression à la performance » n'est pas nécessairement productive et peut au contraire engendrer des résistances. L'objectif du programme n'est évidemment pas de faire des « super-bébés » mais d'aider les parents à construire une relation sécurisée et stimulante avec leur enfant. Chaque famille va favoriser l'une ou l'autre sphère de développement selon son histoire, ses intérêts et ceux de l'enfant (par ex., la motricité globale d'un enfant sera encouragée par un parent qui rêve d'en faire un footballeur ! Un autre, moins tonique pourra développer l'observation minutieuse et la motricité fine. Ses premiers gribouillages seront admirés par un parent qui encouragera cette compétence...)

6.2.4 Variété des compétences nécessaires

Notre expérience montre les difficultés à améliorer la situation de certains enfants pris en charge dans certains domaines de développement, variables selon les cas, que ce soit le langage, la socialisation, et même la motricité, pourtant au cœur de notre action depuis le début du programme ETAPE en 1999. Il est tentant d'en conclure qu'il serait souhaitable d'adjoindre de nouvelles compétences à notre équipe, d'autant que la littérature sur les interventions précoces va dans ce sens (Kunster, Schollhorn, Knorr, Fegert, & Ziegenhain, 2010; Ziegenhain, Fegert, Ostler, & Buchheim, 2007).

Il faut d'abord considérer que les intervenants d'ETAPE ont comme compétence commune une formation en psychomotricité, mais ont des formations de base différentes : éducatrice, kinésithérapeute, infirmière, psychologue, gradué en psychologie ou assistante sociale. Une première mesure qui pourrait être prise serait d'attribuer à chaque famille l'intervenant qui a les compétences les plus proches des besoins et objectifs définis. Cette solution se heurte cependant à la faible mobilité des intervenants au sein du programme, fortement limitée par la durée des interventions et le lien fort qui se tisse entre l'intervenant et la famille. De plus, il est illusoire de considérer qu'un seul intervenant rassemblera toutes les compétences nécessaires.

Certaines compétences pourraient être développées au sein de l'équipe existante par la formation continue, par exemple sur le développement sensoriel et perceptif du bébé, sur son développement psychomoteur, verbal et émotionnel, sur l'attachement et ses troubles, sur les techniques d'observation du bébé. Les collaborations à l'intérieur du programme ETAPE pourraient être renforcées, en proposant d'emblée aux familles des prises en charge reposant sur plusieurs intervenants. Des collaborations extérieures au programme devront également être développées, par exemple un accompagnement psychothérapeutique du ou des parents, un soutien à la parentalité, une aide sociale. Offrir à ces parents en difficulté un réseau de soins bienveillant, fiable

et stable est thérapeutique en ce qu'il sécurise le parent qui sera dès lors plus disponible pour prendre les besoins de son enfant en compte (Vander Linden, 2010).

6.2.5 Turnover des intervenantes

Certaines familles ont bénéficié de la même intervenante tout au long de l'intervention, d'autres ont du changer en raison de l'indisponibilité temporaire de l'intervenante initialement désignée. Les raisons d'indisponibilité ont été multiples : écartement obligatoire du travail pour grossesse et repos d'accouchement, maladie, congés. Notre politique a été de ne pas abandonner les familles bénéficiaires et de fournir un remplaçant.

La préférence des intervenantes, et la politique suivie par ETAPE jusqu'à présent, a été de ne pas imposer de changement d'intervenant aux familles sans nécessité absolue. Les parents bénéficiaires ont majoritairement un vécu de maltraitance antérieure et sont parfois insécurisés au niveau de l'attachement. Ils ont besoin d'un tuteur de résilience, besoin de développer un lien sécurisant avec une personne stable.

Nous ne pensons pourtant pas avoir observé de conséquence péjorative des changements d'intervenants, imposés par des circonstances imprévisibles. A la lumière de la réflexion sur la multiplicité des compétences nécessaires, il est possible qu'il soit même souhaitable d'augmenter la mobilité des intervenants au sein du programme tout en respectant le besoin de stabilité des familles.

Malgré le turn-over durant cette période d'évaluation, il est important de souligner l'investissement personnel des intervenants d'ETAPE. Malgré l'inertie des familles, ces professionnels gardent l'énergie d'avancer, de dialoguer, de débloquer les freins. Concrètement, cela signifie de continuer à appeler par téléphone chaque jour prévu pour la visite à domicile, même si les appels sont infructueux pendant des semaines, ou parfois à attendre une heure devant la porte que le parent revienne de ses courses.

7 Conclusions

Un programme d'intervention précoce à domicile comme ETAPE, dans le cadre de la prise en charge de la négligence, doit rester réaliste et modeste face à ses réalisations. Dans notre expérience, les enfants gagnent nettement en score de développement moteur global, gagnent un peu en socialisation, sont stables en développement moteur fin. La plupart régressent au score de langage, ce qui influence négativement le score global de développement.

Par essence, ETAPE s'adresse à des bénéficiaires qui sont parfois très éloignés des standards d'éducation souhaités pour des nourrissons et de jeunes enfants. L'identification et l'approche de ces bénéficiaires est en soi un challenge. Pourtant, la compréhension des objectifs et la collaboration des parents aux activités sont indispensables pour pouvoir espérer de meilleures conditions de développement à des enfants dont l'avenir est jusque-là incertain. Les mesures psychométriques réalisées dans cette étude montrent bien l'étendue des dégâts déjà présents lors de la prise en charge : le programme ne se trompe pas de cible !

L'outil MASPIN, développé dans une phase précédente de la recherche soutenue par le Fonds David-Constant, se révèle – malgré ses actuelles imperfections – précieux dans de multiples aspects de la

prise en charge, depuis le dialogue avec les professionnels qui identifient la situation jusqu'au monitoring des objectifs au fil de l'intervention, en passant par la construction des objectifs d'intervention avec les parents.

Les résultats du programme ETAPE se mesurent au quotidien, dans le désordre et les cris d'une maison mal entretenue, comme dans l'ambiance froide et angoissée de certains appartements de mères en souffrance psychologique. Les intervenants de proximité qui s'investissent dans ces situations sont des acteurs pertinents de l'évaluation.

Cette étude révèle la nécessité d'adaptations dans la prise en charge, allant vers une diversification et une plus grande mobilité des compétences disponibles. Un monitoring régulier des objectifs de travail et des résultats engrangés est indispensable. A ces fins, un soutien continu et une supervision individuelle des intervenants d'ETAPE est indispensable pour les accompagner dans le travail très particulier et émotionnellement lourd qui leur est demandé, portant à la fois sur le développement physique et affectif de leurs jeunes bénéficiaires d'intervention et sur le lien parents-enfant.

Au terme de l'étude, les points forts du programme nous paraissent être en premier, le focus mis sur le développement global de l'enfant. Contrairement à beaucoup d'aides aux familles en grande difficulté où l'aide est centrée sur une aide sociale et psychologique aux parents, nous centrons notre attention sur le bébé et ses premières interactions avec ses parents, socle de la santé psychique de l'adulte en devenir. Un autre point fort du programme est qu'il s'intéresse aux ressources présentes et cherche à tisser un réseau relationnel à partir de la personne à aider plutôt qu'à partir des institutions, ce qui est souvent voué à l'échec avec des personnes qui ne sont pas insérées dans le système social (Molénat & Roegiers, 2011). On entre en lien avec la famille dans sa maison, là où elle vit souvent isolée pour tenter une ouverture au monde. Enfin, l'étude nous montre qu'il faut être attentif à l'encadrement et au soutien des intervenants de terrain qui, à domicile, sont confrontés de très près à des enfants parfois gravement négligés dont les soins de base ne sont pas assurés. Elles sont confrontées à des signes de souffrance du bébé, de ses parents fragiles. Cela suscite des émotions violentes, des angoisses, du découragement.... (Lamour, 2010). Un travail d'équipe, des supervisions régulières, la collaboration avec une équipe SOS Enfants et une formation continue sont indispensables pour garantir la qualité des interventions.

« Si les français jouaient 15 minutes par jour avec leur enfant, la France serait moins violente »

Maurice Berger, Liège 18 novembre 2011

8 Bibliographie

- Bednarek, S., Absil, G., Vandoorne, C., Lachaussee, S., & Vanmeerbeek, M. (2008). *Les fondements d'une intervention précoce*. Département de Médecine générale. Université de Liège. Liège. Retrieved from <http://hdl.handle.net/2268/10023>
- Bednarek, S., Vandoorne, C., Absil, G., Lachaussee, S., & Vanmeerbeek, M. (2012). MASPIN: a formative evaluation tool supporting dialog among professionals and with families. In Y. Spiteri & E. M. Galea (Eds.), *Psychology of Neglect*. Hauppauge, NY Nova Sciences Publishers, Inc.
- Brigance Early Childhood Screens. (2010). North Billerica, MA: Curriculum Associates.
- Brunet, O., & Lézine, I. (1965). *Le Développement psychologique de la première enfance : présentation d'une échelle française pour examen des tout petits* (2e ed.). Vendôme: Presses universitaires de France.
- Bugental, D. B., & Schwartz, A. (2009). A cognitive approach to child mistreatment prevention among medically at-risk infants. *Developmental Psychology*, 45(1), 284-288. doi: 10.1037/a0014031
- Fuller, S. (2007). Actor-Network Theory, Actants. In G. Ritzer (Ed.), *Blackwell Encyclopedia of Sociology*.
- Gauzente, C. (2005). La méthodologie Q et l'étude de la subjectivité. In P. Roussel & F. Wacheux (Eds.), *Management des ressources humaines. Méthodes de recherche en sciences humaines et sociales*. Bruxelles: De Boeck.
- Glover, V., Onozawa, K., & Hodgkinson, A. (2002). Benefits of infant massage for mothers with postnatal depression. *Semin Neonatol*, 7(6), 495-500.
- 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. doi: 10.1016/j.chiabu.2003.10.011 [doi]
- S0145213404000316 [pii]
- Hellinckx, W., & Grietens, H. (2002) Dépistage des risques de maltraitance et de négligence : développement d'un instrument pour infirmières sociales. Vol. 52. *DIRem : bulletin d'informations de l'action enfance maltraitée*. Bruxelles: Office de l'Enfance et de la Naissance (ONE).
- Kunster, A. K., Schollhorn, A., Knorr, C., Fegert, J. M., & Ziegenhain, U. (2010). [Cooperation and networking in early prevention and intervention and child protection: the importance of evidence-based methods]. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 59(9), 731-743.
- Lamour, M. (2010). *Parents défaillants, professionnels en souffrance* (Vol. 43). Bruxelles: Yapaka.be.
- Lowell, D. I., Carter, A. S., Godoy, L., Paulicin, B., & Briggs-Gowan, M. J. (2011). A randomized controlled trial of Child FIRST: a comprehensive home-based intervention translating research into early childhood practice. *Child Development*, 82(1), 193-208. doi: 10.1111/j.1467-8624.2010.01550.x
- Molénat, F. (2004). Périnatalité et prévention en santé mentale. Collaboration médico-psychologique en périnatalité (DHOS, Trans.) (pp. 28). Montpellier: AFREE.
- Molénat, F., & Roegiers, L. (2011). *Stress et grossesse : Quelle prévention pour quels risques ?* : Erès.
- Moss, E., Dubois-Comtois, K., Cyr, C., Tarabulsky, G. M., St-Laurent, D., & Bernier, A. (2011). Efficacy of a home-visiting intervention aimed at improving maternal sensitivity, child attachment, and behavioral outcomes for maltreated children: a randomized control trial. *Development and Psychopathology*, 23(1), 195-210. doi: 10.1017/s0954579410000738
- O'Higgins, M., St James Roberts, I., & Glover, V. (2008). Postnatal depression and mother and infant outcomes after infant massage. *Journal of Affective Disorders*, 109(1-2), 189-192. doi: 10.1016/j.jad.2007.10.027
- Pierrehumbert, B. (2011). Attachment Q-Set de Waters et Deane Retrieved 2011/09/23, from <http://sites.google.com/site/bpierreh/home/instruments/aqs>

- Pierrehumbert, B., Karmaniola, A., Sieye, A., Meister, C., Miljkovitch, R., & Halfon, O. (1996). Les modèles de relations. Développement d'un auto-questionnaire d'attachement pour adultes. *Psychiatrie de l'Enfant*, 39, 161-206.
- Pierrehumbert, B., Sieye, A., Zaltman, V., & Halfon, O. (1995). Entre salon et laboratoire : l'utilisation du Q-Sort de Waters et Deane pour décrire la qualité de la relation d'attachement parent-enfant. *Enfance*, 3, 277-291.
- Reynolds, A. J., Mathieson, L. C., & Topitzes, J. W. (2009). Do early childhood interventions prevent child maltreatment? A review of research. *Child Maltreat*, 14(2), 182-206. doi: 10.1177/1077559508326223
- Schön, D. A. (1994). *Le praticien réflexif. À la recherche du savoir caché dans l'agir professionnel*. Montréal: Les Éditions Logiques.
- Steinhauer, P. D. (Ed.). (1995). *Guide d'évaluation de la compétence parentale*. Toronto: IPeM.
- Stephenson, W. (1978). Concourse theory of communication. *Communication* 3, 21-40.
- Taban, N., & Lutzker, J. (2001). Consumer Evaluation of an Ecobehavioral Program for Prevention and Intervention of Child Maltreatment. *Journal of Family Violence*, 16(3), 323-330.
- Vander Linden, R. (2010). Besoins de l'enfant, disponibilité et capacités des parents: les ingrédients d'un développement suffisamment bon. *L'Observatoire*, 67.
- Ziegenhain, U., Fegert, J. M., Ostler, T., & Buchheim, A. (2007). [Risk assessment of neglect and maltreatment in infants and toddlers. Chances of early preventive intervention]. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 56(5), 410-428.